GROSSESSES

INTRA-UTÉRINES

PRISES POUR EXTRA-UTÉRINES

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 27 Juillet 1901

PAR

I. DAVID

Né à Falliceni (Roumanie), le 3 octobre 1875

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine



MONTPELLIER
IMPRIMERIE Gustave FIRMIN et MONTANE
Rue Ferdinand-Fabre et quai du Verdanson

1901

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. MAIRET (✻) . . . . Doyen
FORGUE . . . . Assesseur

Professeurs

Hygiène . . . . MM.	BERTIN-SANS (✻)
Clinique médicale	GRASSET (✻).
Clinique chirurgicale.	TEDENAT.
Clinique obstétric. et gynécol	GRYNFELTT.
— — ch. du cours, M. Puech.	
Thérapeutique et matière médicale. . . .	HAMELIN (✻)
Clinique médicale	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerv.	MAIRET (✻).
Physique médicale.	IMBERT
Botanique et hist. nat. méd.	GRANEL.
Clinique chirurgicale.	FORGUE.
Clinique ophtalmologique.	TRUC.
Chimie médicale et Pharmacie	VILLE.
Physiologie.	HEDON.
Histologie	VIALLETON.
Pathologie interne.	DUCAMP.
Anatomie.	GILIS.
Opérations et appareils	ESTOR.
Microbiologie	RODET.
Médecine légale et toxicologie	SARDA.
Clinique des maladies des enfants	BAUMEL.
Anatomie pathologique	BOSC.

Doyen honoraire : M. VIALLETON.
Professeurs honoraires : MM. JAUMES, PAULET (O. ✻).

Chargés de Cours complémentaires

Accouchements. . . . . MM.	VALLOIS, agrégé.
Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées	BROUSSE, agrégé.
Clinique annexe des mal. des vieillards. .	VIRES, agrégé.
Pathologie externe	IMBERT L., agrégé.
Pathologie générale	RAYMOND, agrégé.

Agrégés en exercice

MM. BROUSSE	MM. PUECH	MM. RAYMOND
RAUZIER	VALLOIS	VIRES
LAPEYRE	MOURET	IMBERT
MOITESSIER	GALAVIELLE	BERTIN-SANS
de ROUVILLE		

M. H. GOT, *secrétaire.*

Examinateurs de la Thèse

MM. TÉDENAT, *président.*	PUECH, *agrégé.*
ESTOR, *professeur.*	DE ROUVILLE, *agrégé.*

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

INTRODUCTION

Envisagée dans sa conception la plus large, la question des « grossesses intra-utérines prises pour extra-utérines » embrasse les cas les plus divers.

Du moment qu'une femme présente quelques symptômes de grossesse, nous avons de la tendance, et cela se comprend, à rapporter tout ce qui se passe autour de l'organe et de la gestation comme attribuable à celle-ci. Déjà l'utérus, par ses relations, par ses rapports anatomiques, s'y prête merveilleusement. On dirait, vraiment, que cet organe étend ses annexes, comme deux bras, pour ramasser sur lui les erreurs de diagnostic de toute la pathologie abdominale.

La femme est enceinte, et dès que la grossesse présente quelque chose d'anormal, qui se rapproche si peu que ce soit d'une grossesse ectopique, nous sommes tout de suite éblouis par cette épée de Damoclès. Nous oublions, pour le moment, combien la grossesse modifie le caractère de la femme, et combien de prédispositions elle peut éveiller et réveiller. Nous oublions qu'autour de l'utérus il y a des ovaires, un appendice, un *S* iliaque. Nous oublions, pour le moment, que l'utérus, par ses déplacements, processus ana-

tomiques spéciaux, par ses malformations, peut changer complètement le tableau habituel de la grossesse et enfin nous ne pensons pas du tout aux aléas, déterminés, rarement il est vrai, par la caduque et le placenta.

Le bistouri, sous le couvert de l'antisepsie, eut le mérite de nous avoir appris que les grossesses extra-utérines sont de beaucoup plus fréquentes qu'on ne le croyait autrefois. Mais il semble vouloir abuser de notre confiance. Nous voyons facilement aujourd'hui, partout, des grossesses extra-utérines, et si la laparatomie ne nous confirme pas, nous nous berçons dans l'euphémisme d'avoir fait une laparatomie exploratrice. Eh bien ! il ne faut pas oublier qu'une grossesse intra-utérine peut prendre le masque d'une grossesse extra-utérine, soit par la douleur, soit par l'apparition d'une tumeur, soit par les deux à la fois.

Si nous tentions de faire une division dans ce vaste sujet, nous dirions que la cause pour laquelle une grossesse intra-utérine est prise pour extra-utérine peut se trouver : 1° dans le terrain sur lequel évolue la grossesse ; 2° dans le voisinage de l'utérus ; 3° dans l'utérus lui-même et 4° dans l'œuf.

Nous ne voulons pas nous occuper de ces quatre divisions, cela nous entraînerait trop loin. Nous limitons notre travail à un petit coin de cette question : c'est celui où des erreurs de diagnostic furent commises pour des causes siégeant dans l'utérus lui-même.

Pour le reste nous indiquons, dès maintenant, les cas où les causes énumérées dans notre division firent porter des diagnostics erronés, et nous en faisons la bibliographie dans l'index final.

1° Causes d'erreur tenant au terrain sur lequel évolue la grossesse :

Hystérie. Cas de C. Coe (1).

2° Causes d'erreur siégeant dans le voisinage de l'utérus :

a) Appendicite. Cas de Hurlbutt cité par Stimson (2).

b) Accumulations fécales dans l'S iliaque. Cas rapporté par Demelin (3).

c) Torsion d'un kyste de l'ovaire. Cas rapporté par Pinard (4).

3° Causes d'erreur provenant de l'œuf.

a) Expulsion des morceaux de caduque. Cas rapporté par Playfair (5).

b) Décollement placentaire. Cas d'Olivier (6).

Mais nous nous apercevons que nous ne sommes pas au bout de notre énumération. En effet, il y aurait à envisager un chapitre entier sur la grossesse intra-utérine et extra-utérine simultanées. Dans ces cas on méconnaît presque toujours la grossesse intra-utérine et on ne voit que la grossesse ectopique. Au point de vue du diagnostic exact, l'intérêt n'est pas moins grand, car on pourrait peut-être, tout en intervenant pour la grossesse extra-utérine, ne pas entraver la marche de la grossesse topique si on se gardait de se livrer à des manœuvres intra-utérines.

Nous éliminons aussi de notre travail cette partie de la

---

(1) *Amer. Journ. of Obstetr.*, 1890, p. 94.

(2) *New-York medical journal*, 1890, p. 449.

(3) L'obstétrique, 1897, p. 432.

(4) *Presse médicale*, 1900, p. 124.

(5) Cité par Tarnier, *In* Traité de l'art des accouchements, vol. 2, p. 498.

(6) L'obstétrique, 1900, p. 442.

question ; nous en ferons seulement la bibliographie à la fin de notre thèse.

En face de cette liste d'écueils, si variables, qui peuvent se dresser quelquefois au-devant du diagnostic d'une grossesse intra-utérine, on comprend toute la vérité des paroles, que notre maître M. le professeur Tédenat vient de nous dire, il y a quelques jours : « Il y a des erreurs qu'on ne doit pas commettre, et, d'autre part, il y a des cas où l'erreur est inévitable ».

Nous sommes arrivé ainsi à nous limiter aux causes d'erreur tenant à l'utérus lui-même, et nous diviserons cette étude en quatre chapitres : 1° Flaccidité exagérée de l'utérus gravide et hypertrophie du col ; 2° Déviations de l'utérus gravide ; 3° Dilatations sacciformes de l'utérus gravide et 4° Malformations utérines.

Dans tout notre travail, nous avons suivi la forme anatomique que revêt l'utérus gravide pour se déguiser en grossesse extra-utérine. Nous avons complètement laissé de côté tous les caractères autres qui ne découlaient pas de telle ou telle modalité anatomique que nous envisageons.

Dans le diagnostic dont nous avons fait suivre chaque chapitre, on voit se miroiter cette même préoccupation, c'est-à-dire déceler par tous les moyens ces formes trompeuses de l'utérus gravide.

Ceci dit, nous allons aborder notre sujet ; mais, avant tout, nous avons à remplir un devoir sacré, celui d'exprimer notre profonde reconnaissance envers ce noble pays, qui ouvre si généreusement ses Ecoles à tous ceux qui y viennent chercher de l'instruction, sans leur demander ni la côte d'où ils arrivent, ni l'étoile qu'ils adorent. Nous avons trouvé, à cette vieille et célèbre Faculté de Montpellier, des professeurs

qui unissent à leur savoir un souci paternel pour leurs élèves. En les remerciant, nous leur demandons la permission de garder, chèrement gravés dans notre âme, leur respectueux et ineffaçable souvenir. Nos remerciements les plus sincères à M. le professeur Hédon, à M. le professeur Puech, qui nous a inspiré ce modeste travail et qui ne nous a pas ménagé ses conseils. Nous remercions vivement M. le professeur Tédenat qui nous a honoré par sa présidence à notre thèse.

GROSSESSES

INTRA-UTÉRINES

PRISES POUR EXTRA-UTÉRINES

CHAPITRE PREMIER

FLACCIDITÉ EXAGÉRÉE DE L'UTÉRUS GRAVIDE. HYPERTROPHIE DU COL

Pendant la grossesse, parmi les modifications multiples que subit l'utérus, il en est une qui intéresse surtout l'accoucheur, c'est la modification dans sa consistance.

Au fur et à mesure que l'utérus mûrit l'œuf dans son intérieur, il s'agrandit et en même temps passe de la rigidité fibreuse qu'il possédait auparavant à une consistance élastique. Il acquiert ainsi une souplesse toute particulière, une mollesse caractéristique qui ne surprend pas ceux qui ont l'habitude d'examiner des femmes enceintes. Cette évolution normale de la consistance utérine ne nous empêche pas, par la palpation à travers la paroi abdominale, de pouvoir apprécier le volume de l'organe, ainsi que sa forme, sa direction, etc.

Mais quelquefois, l'œuvre d'assouplissement des parois utérines ne s'arrête pas là, et alors l'organe de la gestation nous offre une consistance étrange, bien faite pour nous masquer complètement la grossesse ou pour en imposer pour une grossesse ectopique : voilà le fait qui doit nous intéresser.

Tout le monde connaît la mollesse extrême que présente quelquefois l'utérus contenant un produit mort ; ce n'est pas de l'état de l'utérus dans cet accident dont nous allons nous occuper, mais des cas où l'enfant est bien vivant ; et cependant, nous sommes en présence d'une flaccidité qui dépasse l'ordinaire. Disons-le tout de suite, cette flaccidité exagérée peut envahir tout le corps utérin, ce qui est rare, ou d'autres fois atteindre peu le corps et frapper surtout son segment inférieur.

Ce qui se dégage de l'analyse des observations publiées, c'est le fait suivant : Chaque fois que cet état particulier des parois utérines a créé des difficultés de diagnostic, chaque fois qu'il a fait commettre des erreurs, il a toujours eu comme complice l'hypertrophie du col. Dans tous les cas de flaccidité exagérée du segment inférieur et dans la plupart des cas de flaccidité généralisée à tout le corps utérin, toujours lorsqu'une erreur s'est produite, nous avons trouvé soit une hypertrophie totale du col, soit seulement une hypertrophie de sa portion sus-vaginale.

Flaccidité exagérée de l'utérus, hypertrophie de son col : ce sont là deux conditions capables de faire commettre une erreur de diagnostic. Même dans les cas où les auteurs nous parlent de la petitesse du col et dans ceux qu'ils nous citent comme « sans hypertrophie du col », la lecture des observations de ces mêmes auteurs nous révèle cette hypertrophie. Ainsi, dans l'observation VI de son mémoire, M. Muret nous dit : « La portion supra-vaginale du col est longue, cylindri-

que, et forme un corps solide auquel fait suite le globe utérin augmenté de volume. » Même remarque pour son observation VIII que nous rapportons plus loin, et cependant cet auteur présente ces cas comme des cas de flaccidité sans hypertrophie du col.

Aurons-nous nécessairement, partout où il y a flaccidité utérine exagérée, une hypertrophie du col? Voilà ce que nous ne pouvons pas affirmer et ce que nous ne voudrions pas qu'on nous fasse dire. D'ailleurs, ce n'est pas ce point qui nous intéresse. Nous cherchons la cause qui nous fait prendre une grossesse topique pour ectopique. Eh bien ! dans le cas particulier qui nous occupe, disons-le, au risque de nous répéter, la flaccidité exagérée, pour avoir pu induire en erreur, a presque toujours fait appel à la complicité de l'hypertrophie du col. L'inverse n'est peut-être pas vrai, car l'hypertrophie limitée au col seul pourrait nous fournir une cause d'erreur de diagnostic. Nous en verrons plus tard la raison.

Il y a donc, comme on le voit, tout intérêt à réunir dans le même chapitre la flaccidité exagérée de l'utérus et l'hypertrophie du col ; mais avant de passer à leur étude, disons quelques mots de leur histoire.

HISTORIQUE

En 1856, Semmelweiss (1) montra, devant le Congrès médical de Budapest, pour la première fois, que l'hypertrophie du col de l'utérus gravide avec dilatation sacciforme peut nous faire commettre des erreurs.

---

(1) *Wiener med. Woch.*, 1857, n° 2.

Puis, en 1880, Martin (1) (de Berlin), publie sur l'hypertrophie du col dans la grossesse, un mémoire intéressant. Quatre ans plus tard, MM. Howitz et Priestley (2) reprennent le même sujet devant le Congrès de Copenhague ; en 1891, apparaît à Berlin la thèse de Selmair, qui rapporte quelques cas où des grossesses intra-utérines furent prises pour extra-utérines à cause de l'hypertrophie du col. Enfin, en 1898, M. Muret (3) lit devant le Congrès de Marseille, un résumé de son mémoire où il traite de l'hypertrophie du col et de la flaccidité de l'utérus gravide.

A. — Hypertrophie du col de l'utérus gravide

Le col de l'utérus gravide peut être hypertrophié, soit seulement dans sa portion sus-vaginale, soit dans toute sa longueur. Ordinairement, le col ainsi modifié présente le même diamètre dans toute l'étendue de sa portion sous-vaginale, mais à partir de ce point le col devient de plus en plus gros, prenant ainsi une forme conoïde ou en massue. A la palpation et au toucher, cette partie sus-vaginale impose pour le fond d'un petit utérus, et on se méprend d'autant plus facilement que par cette hypertrophie, « l'orifice interne du col utérin siège souvent au-dessus du détroit supérieur et le corps utérin est repoussé complètement dans la cavité abdominale (Howitz). Quand l'hypertrophie frappe le col dans toute sa longueur, il

(1) *Zeitschrift für Geburtshülfe und Gynäkologie,* vol. 6, p. 101. Stuttgart.

(2) *Centralblatt für Gynäkologie*, Leipzig, 1884, p. 563.

(3) *Revue de Gynécologie et de Chirurgie abdominale*, 1898, p. 947

peut atteindre les dimensions de 15-16 centimètres ; c'est dans ces cas qu'on sent son extrémité supérieure au-dessus de la symphyse pubienne, tandis que son orifice externe affleure ou dépasse même la vulve. L'exploration avec l'hystéromètre nous montre le col dirigé en arrière; mais, comme nous le prenions pour le corps de l'utérus, nous sommes portés à croire que c'est une rétroversion, tandis qu'en réalité le corps de l'utérus vrai est souvent fortement fléchi, à angle aigu, sur le col.

La grossesse ramollit souvent, mais pas toujours, la portion sous-vaginale, tandis que la partie sus-vaginale du col reste presque toujours dure et rigide.

C'est là un point sur lequel nous devons insister. En effet, aujourd'hui, il est admis que le col ne s'efface pas dès le sixième mois, comme le voulait Mauriceau en 1668, et deux cents ans plus tard Bandl. Taylor, Duncan, Schrœder, Waldeyer, Martin, Ribemont-Dessaignes ont montré, en effet, que cet effacement n'a lieu qu'au moment du travail. Ce qui faisait croire à cet effacement précoce, c'est le ramollissement du col, ramollissement qui s'étend de bas en haut, ne laissant persister une certaine consistance, jusqu'au neuvième mois, que dans la portion sus-vaginale du col.

Le ramollissement arrive à un tel degré, qu'il est quelque peu difficile de sentir ce col, qui n'offre plus de résistance et d'apprécier sa longueur. C'est dans ces cas qu'on a conseillé le toucher intra-cervical, pratiqué comme nous l'enseignent MM. Pinard et Varnier.

Par ce toucher intra-cervical on peut se convaincre que, pendant la grossesse, le col, non seulement n'est pas raccourci, mais qu'il s'accroît même d'une toute petite longueur.

Or, il ne faut pas confondre ces deux faits, c'est-à-dire ce léger allongement du col doublé du retard du ramollissement

de sa portion sus-vaginale avec la rigidité et l'hypertrophie qui fait prendre le col pour un petit utérus. Entre ces deux processus il y a une dissemblance absolue.

Pour en finir avec le col disons encore que la muqueuse cervicale est boursouflée, ramollie et saigne au moindre attouchement. M. Martin fait remarquer que les parois vaginales sont moins ramollies, leur teinte est moins violacée de ce qu'on est habitué à trouver dans la grossesse ordinaire.

B. — Flaccidité exagérée de l'utérus gravide

Division. — La flaccidité exagérée peut s'installer, comme nous l'avons dit, dans toute l'étendue du corps utérin ; d'autres fois elle atteint peu le corps et porte surtout sur son segment inférieur. Ainsi, nous étudierons séparément ces deux variétés.

1° *Flaccidité exagérée du segment inférieur de l'utérus gravide.*

Le segment inférieur de l'utérus est une portion limitée en bas par le col, en haut par la veine circulaire (Kranzvena) et l'anneau de Bandl. Il est dépourvu de la couche moyenne des fibres musculaires de l'utérus et du péritoine.

C'est sur cette partie de l'utérus que le ramollissement gravidique se fait le premier sentir. Et si nous avons affaire à une hypertrophie du col, on prévoit tout de suite ce que reconnaîtra la main qui palpe et qui touche : un col à extrémité

supérieure renflée ; au-dessus une masse de résistance kystique, et entre ces deux parties, elle ne sentira rien. On ne sent rien ou à peu près, disons-nous ; oui, car nous avons entre nos doigts le segment inférieur atteint de ramollissement par le fait de la grossesse, ramollissement pour lequel Hégar avait bien insisté afin d'en faire, en obstétrique, un signe précoce de la grossesse. L'explorateur est alors facilement tenté de prendre le col pour un petit utérus, la masse qui le surplombe pour une tumeur kystique, méconnaissant ainsi complètement la grossesse ; ou si des signes de grossesse l'inquiètent, il se croit devant une grossesse ectopique.

Donc, même dans les cas où le segment inférieur présente un ramollissement tout-à-fait physiologique, il suffirait, à la rigueur, que la gravidité s'accompagne d'une hypertrophie de la partie sus-vaginale du col, pour qu'une erreur de diagnostic nous guette.

Mais la situation devient bien autrement intéressante, quand nous montons un degré de plus. En effet, au lieu de s'arrêter à ce stade de ramollissement tout-à-fait normal, la flaccidité exagérée arrive à se faire un peu sentir sur le corps utérin lui-même, tout en réservant tous ses coups pour le segment inférieur. Celui-ci, étant déjà par sa structure anatomique un *locus minoris resistentiæ*, devient maintenant d'une flaccidité extrême; il s'amincit et s'allonge. Il est ainsi transformé en une sorte de chiffon mou qui réunit le col au corps utérin.

Le col hypertrophié remonte et place son orifice interne au-dessus du détroit supérieur, tandis que le corps de l'utérus, porteur de l'œuf, se trouve par ce fait complètement dans la cavité abdominale. Le corps de l'utérus devient ainsi de beaucoup plus facilement accessible, et il paraît plus gros que le comporte l'âge de la grossesse.

De plus, comme la partie qui relie le col au corps utérin

est très molle, ce dernier acquiert par ce fait une mobilité exagérée. On le déplace et il se déplace facilement, s'infléchissant en avant sur le col ou tombant en arrière, ballottant à droite et à gauche, réalisant tantôt une dextroversion, tantôt une latéroversion gauche. Rien d'étonnant à ces manœuvres d'acrobatie auxquelles se livre maintenant l'utérus, si on tient compte des conditions statiques que lui créent ces particularités anatomiques, surtout dans les premiers mois de la grossesse : c'est une boule reliée au bout d'une canne par une ficelle.

Dans toutes ces positions, l'organe de la gestation simule une tumeur annexée au soi-disant utérus ou, ce qui nous intéresse plus encore, nous invite à supposer une grossesse extra-utérine. C'est ainsi que, dans les six cas qu'il a présentés, M. Martin (1) résume ainsi l'impression qu'il éprouvait : « On sentait une tumeur qui semblait être complètement isolée de la partie qui surmontait la portion vaginale du col peu modifié. La forme cylindrique particulière qu'avait cette partie, son renflement suivi immédiatement d'un étranglement, faisait d'autant plus accepter l'idée qu'il s'agissait de l'utérus tout entier, auquel aurait été réuni une tumeur par l'intermédiaire d'un gros pédicule. La position et la forme du pédicule imposèrent pour une trompe. »

2° *Flaccidité exagérée du corps de l'utérus gravide.*

Déjà, quand la flaccidité exagérée envahit le segment inférieur, le corps utérin est loin d'être tout-à-fait épargné, mais le cas ne ressemble pas du tout à ce qui se passe, quand cette

(1) *Loc. cit.*

flaccidité s'installe dans toute son intensité sur toute la paroi utérine.

Ici, non seulement l'utérus n'impose plus pour une tumeur, mais ses parois se dérobent complètement à la main qui palpe. On ne peut plus délimiter son volume ni circonscrire sa forme; sa consistance est nulle, on ne sent plus ses parois. Ce qu'on sent, ce sont les parties fœtales, qui semblent se promener immédiatement au-dessous de la paroi abdominale ; c'est le contenant qui fuit devant le contenu. Dans ces cas, la flaccidité est telle, qu'on peut quelquefois déprimer la région hypogastrique, atteindre la colonne vertébrale, sans rencontrer quelque chose qui rappelle, même de loin, la sensation qu'on a quand on palpe l'utérus gravide.

C'est dans ces cas de ramollissement extrême qu'on peut trouver un col peu hypertrophié ou même normal, au point de vue de ses dimensions et de sa consistance.

D'autres fois, le corps utérin est bien ramolli ; cependant, il offre encore assez de résistance pour simuler une tumeur qu'on peut délimiter. On y sent quelquefois du ballottement et ses parois sont rendues irrégulières par les parties fœtales qui viennent buter contre elles. Le col utérin, hypertrophié, est pris pour l'utérus, et comme les parties fœtales paraissent tout à fait superficielles, nous n'hésitons pas à déclarer : grossesse abdominale, et l'erreur est accomplie.

ETIOLOGIE

A côté des hypertrophies du col, secondaires aux colpocèles, aux prolapsus, M. Martin fait une place à part à l'hypertrophie congénitale, qu'il considère comme plus fréquente.

Il se passerait, dans ce cas, le fait suivant :

Au moment de la puberté, au lieu d'assister à une inégalité de développement entre le corps et le col de l'utérus, inégalité qui l'emporte en faveur du développement du corps utérin, laissant le col en arrière et transformant ainsi l'utérus infantile en un utérus adulte, c'est, au contraire, un développement marchant de pair dans le corps et le col utérin que nous verrons. Nous aurons ainsi un corps de dimension normale, mais qui paraît petit à côté du gros col. Ce qui est loin d'être un utérus infantile.

Peut-être faut-il aussi incriminer une involution tardive du segment inférieur, les inflammations et les infections de la région génitale.

En ce qui concerne la cause de la flaccidité exagérée de l'utérus, nous n'en pouvons rien dire, si ce n'est qu'elle est plus fréquente chez les multipares que chez les primipares, et qu'elle se rencontre surtout entre le quatrième et le septième mois de la grossesse.

Un point intéressant est celui de savoir si c'est, en effet, une flaccidité exagérée, comme le soutient Muret, ou si ce n'est qu'un amincissement de la paroi utérine, comme le veut Engelmann. Or, les grossesses qui ont présenté ce phénomène n'ont eu pour cela rien d'anormal dans le travail, fait qui, à ce qu'il nous semble, devrait avoir eu lieu si le muscle utérin était aminci ; de plus, les observations de laparatomie faites dans ces cas n'ont jamais relevé ce prétendu amincissement, tandis qu'elles nous parlent de mollesse exagérée. Nous croyons, avec M. Muret, qu'il s'agit plutôt d'une flaccidité produite soit par une perte temporaire de tonus du muscle utérin, soit, comme nous le pensons, par une augmentation de l'élasticité de la paroi ou d'un accroissement trop rapide de cette même paroi par rapport à l'œuf.

DIAGNOSTIC

Pour diagnostiquer ces modalités anatomiques de l'utérus gravide, ce ne sont ni le cathétérisme ni le toucher intra-utérin qui nous rendront des services. En effet le cathétérisme pratiqué dans le cas d'hypertrophie nous indiquera des profondeurs de 9 centimètres (cas de Schwartz), de 15 centimètres (cas d'Engelmann), dimensions bien proportionnées pour nous tromper. Ces deux cas réunis à celui de Semelweiss, de Martin, de Pollosson, de Wenning, sont assez démonstratifs pour justifier l'abstention de ce moyen d'investigation, qui, loin d'être sans danger, ne nous évite pas l'erreur.

Pas mieux que le cathétérisme, le toucher intra-utérin ne nous édifiera. M. Martin l'avait bien fait et s'est trompé quand même. Il ne nous reste donc pour établir le diagnostic que le palper et le toucher.

Le palper nous fera reconnaître, quelquefois, les contractions intermittentes de la tumeur, signe indiqué par Braxton Hicks et sur lequel Priestley, à juste raison, a tant insisté. Il faut savoir que, sous le chloroforme, il arrive quelquefois que la tumeur, qui était tout à l'heure sensible et contractile, disparaît complètement, pour ne revenir qu'après le réveil de l'anesthésie.

C'est par le palper que nous apprendrons que la tumeur pédiculisée à côté du soi-disant utérus porte sur ses parties latérales des ligaments ronds.

Par la palpation et le toucher nous arriverons, quelquefois, à préciser l'insertion des ligaments utéro-sacrés sur le faux

fond de l'utérus, c'est-à-dire sur l'extrémité supérieure du col hypertrophié.

Par ces deux explorations combinées, nous pourrons dire si la tumeur est annexée au fond du pseudo-utérus et dans ce cas nous serons mis sur la bonne voie ; car, comme l'a dit Howitz, le vrai pédicule d'une grossesse extra-utérine part d'une des parties latérales de l'utérus. On réussira quelquefois à sentir un changement se produisant au niveau du segment inférieur, quand on placera la tumeur abdominale dans l'axe du col. Il paraît qu'en exécutant cette manœuvre dans le cas d'hypertrophie du col avec flaccidité exagérée du segment inférieur, ce dernier prendrait une consistance et une forme qui indiqueraient les rapports réels entre l'utérus vrai et le pseudo-utérus. Peut-être sentira-t-on aussi mieux ces rapports en abaissant le col avec une pince et en palpant à ce moment le segment inférieur.

Le toucher, dans ce cas, n'est pas si utile que le palper : car, si par le vagin, nous trouvons la portion vaginale du col d'un volume normal, rien n'empêche que sa portion sus-vaginale soit hypertrophiée. « C'est par en haut et non par en bas, par le palper plus que par le toucher » qu'il faut explorer, nous dit M. Varnier.

Quant à la flaccidité exagérée du corps utérin, il faut la chercher par la percussion. Engelmann a recommandé de produire, dans ces cas, des contractions utérines par le courant électrique pour nous rendre compte de la présence de la paroi utérine.

OBSERVATIONS

Observation Première

Observation VIII du Mémoire de Muret (1)

Grossesse dans un utérus avec flaccidité exagérée du segment inférieur prise pour une grossesse extra-utérine

Mme K..., âgée d'environ trente ans, a eu deux enfants et une fausse couche, il y a un an environ. Suites normales : règles généralement régulières, peu abondantes, sans douleurs. Souffre depuis longtemps d'une insuffisance de la valvule mitrale. Je suis appelé à la voir en consultation le 13 octobre 1897, dans les circonstances suivantes : en mai 1897, les règles ne sont pas revenues ; le médecin de la malade, craignant une nouvelle grossesse à cause de sa maladie de cœur, fait ûn râclage de l'utérus ; cependant, les règles ne reviennent pas, la malade éprouve un peu de malaise, croit à une grossesse et sent même les mouvements de l'enfant au commencement de septembre. Le médecin qui l'examine à ce moment déclare qu'il n'y a pas de grossesse, que *l'utérus est très petit* (c'est pour nous la portion sus-vaginale du col) comme le petit doigt et que, d'ailleurs, il a interrompu la grossesse, si grossesse il y avait. La malade consulte d'autres médecins : l'un d'eux pose le diagnostic d'une grossesse de trois mois ; un autre, celui d'une grossesse extra-utérine qu'il faut opérer dès le lendemain. Le quatrième médecin, celui qui m'appelle en consultation, enfin, admet une grossesse simple d'environ six mois.

M. Muret procède à l'examen et trouve : « Toucher vaginal : le

---

(1) *Loc. cit.*

vagin est un peu étroit, la portion vaginale très molle et peu proéminente, se trouve placée très haut et très en avant, immédiatement derrière la symphyse pubienne. L'orifice ouvert laisse pénétrer le bout du doigt explorateur. La portion vaginale et le col se continuent en un petit corps très court qui se dirige un peu en arrière comme s'il s'agissait d'un utérus en rétroversion légère ; ce corps a une consistance assez dure et sa longueur est à peu près celle d'une phalangette. Immédiatement au-dessus, on sent, dans une sorte de poche très molle située en arrière, le ballottement de la tête fœtale, qui se trouve ainsi très rapprochée de la paroi postérieures, de la portion vaginale. Au premier abord, il semble que l'on ait affaire à un petit utérus et à un kyste fœtal situé immédiatement au-dessus ; cependant, il n'est pas possible de saisir tout-à-fait nettement ledit corps entre le doigt interne et la main externe, bien qu'on puisse le ramener un peu en avant à travers le kyste placé au-dessus. Celui-ci a des parois si molles qu'on les perçoit à peine, et c'est pourquoi ledit corps, qui a une consistance tout-à-fait ferme, bien qu'il soit le prolongement d'une portion vaginale ramollie, paraît être tout-à-fait indépendant. En examinant attentivement, je constate cependant que les rétracteurs utérins ou ligaments utéro-sacrés s'insèrent à la portion supérieure du petit corps solide, c'est-à-dire à l'endroit où devrait être le fond du petit utérus. Ce fait, la présence du ligament rond à gauche de la tumeur kystique, la brièveté excessive dudit corps et enfin le ballottement de la tête fœtale immédiatement au-dessus du cul-de-sac postérieur, me font admettre qu'il s'agit d'un col utérin dont le ramollissement n'est pas encore complet et d'une flaccidité excessive du corps de l'utérus gravide et surtout du segment inférieur de celui-ci. »

Ce cas est classé par M. Muret dans le groupe de flaccidité sans hypertrophie du col.

Observation II

MM. Damas et Armand. — *L'Obstétr.*, 1899, p. 412.

Grossesse dans un utérus avec flaccidité exagérée imposant pour une grossesse extra-utérine (1).

La malade, âgée de 38 ans, a déjà eu trois grossesses normales. Cinq ans après son dernier enfant, les règles cessent et elle a l'impression qu'elle est enceinte, mais que cette grossesse n'est pas comme les autres. Elle éprouve des douleurs vives, de la fatigue ; on constate un amaigrissement considérable.

Environ quatre mois après la cessation des règles, elle entre à l'hôpital d'Albertville. Le ventre, dit-elle, est plus gros que dans les grossesses antérieures, surtout à droite. La vessie est perçue au-dessus du pubis, étalée, mollasse. La tumeur remonte à l'ombilic, latérale, siégeant à droite, arrondie, lisse comme un kyste peu tendu.

Diagnostic probable : grossesse avec latéro-flexion. Nous avons l'idée d'une grossesse extra-utérine.

La tumeur du flanc droit paraît séparée de l'utérus, dont il nous semble percevoir le fond. Après discussion, la grossesse extra-utérine nous semble probable.

La malade accepte l'opération et nous pratiquons une laparatomie purement exploratrice.

La tumeur est constituée par l'utérus de forme globuleuse, mollasse, sans contraction au toucher, déjetée à droite, implantée sur un isthme et présentant un col très allongé. L'utérus est comme pédiculisé. La vessie est perçue à la hauteur où nous croyons avoir senti l'utérus. Son bord est résistant et il nous paraît que c'est elle qui a donné lieu à notre erreur de diagnostic.

---

(1) *Un cas de grossesse à diagnostic difficile.* Commun. à la Soc. d'obst. de Paris, 18 mai 1849.

La malade sort quinze jours après l'intervention. La grossesse continue à évoluer sans troubles sérieux et se termine par un accouchement à terme. Les suites de couches ont été physiologiques.

Observation III

Martin. — *Krankheiten der Eileiter,* p. 374. *In* Muret (1).

Grossesse dans un utérus avec flaccidité exagérée du segment inférieur prise pour une grossesse extra-utérine.

Il s'agit d'une malade adressée à Martin (de Berlin) avec le diagnostic de grossesse tubaire de six mois. Martin constata une tumeur abdominale qui atteignait l'ombilic et renfermait un fœtus vivant situé très superficiellement et dont on pouvait palper les diverses parties avec une netteté extrême à travers les parois abdominales. A droite de cette tumeur, on trouva un corps qui paraissait, par sa forme et sa grandeur, correspondre à un utérus gravide de trois mois ou à un utérus atteint de métrite prononcée. Cet utérus paraissait être assez mobile à côté du kyste fœtal dont on pouvait palper l'extrémité inférieure par le toucher vaginal. En narcose, Martin put introduire son doigt dans la cavité utérine jusqu'à son extrémité supérieure.

On posa le diagnostic de grossesse tubaire de six mois avec enfant vivant. Laparatomie : il s'agissait d'une simple grossesse utérine. Martin referme le ventre et la malade accouche à terme spontanément d'un enfant vivant.

L'observation suivante (2) fut communiquée par M. Puech à la Société de médecine et de chirurgie de Montpellier.

---

(1) *Loc. cit.*, p. 960.

(2) *Nouveau Montpellier-Médical,* 1893, p. 353. Grossesse normale simulant une grossesse extra-utérine.

Nous l'interprétons comme nous l'indiquons dans son titre.

Observation IV

Grossesse dans un utérus avec flaccidité exagérée du segment inférieur imposant pour une grossesse extra-utérine.

Il s'agit d'une fille de 25 ans, originaire des Hautes-Pyrénées, qui entra, au mois de janvier 1892, dans le service de gynécologie du professeur Grynfeltt pour une tumeur abdominale dont elle s'était aperçue, disait-elle, depuis deux ou trois mois ; elle niait tout rapport sexuel. A un premier examen on constata à droite une tumeur volumineuse remontant haut dans l'abdomen et paraissant isolable de l'utérus dont on crut sentir le fond derrière le pubis. L'auscultation, d'abord négative, permit à quelques jours de là d'entendre les bruits du cœur fœtal. L'existence d'une grossesse ne fut donc plus douteuse ; mais en raison des constatations relatives au siège de la tumeur et à sa pseudo-indépendance de l'utérus, on put se demander pendant quelque temps s'il ne s'agissait pas là d'une grossesse extra-utérine.

La femme fut gardée dans le service. Peu à peu les choses se régularisèrent ; la tumeur devint de plus en plus franchement médiane, et il fut bientôt évident qu'on avait affaire à une grossesse normale.

Il faut citer dans le même groupe le cas d'Olshausen (1), de Wenning (2).

---

(1) *In* Thèse de Selmair, Berlin, 1891.
(2) Volkmann's Klin. Vorträge, n° 58.

Observation V

Huguier. — *Bulletin de la Soc. de Chir.*, 1852, vol. II, p. 563.

Grossesse de sept mois dans un utérus à flaccidité exagérée prise pour une grossesse extra-utérine (1).

Le 15 avril 1852, la nommée Rose B..., âgée de 30 ans, entra à l'hôpital Beaujon et fut placée dans mon service, salle Sainte-Clotilde, n° 387.

Cette malade a été réglée à treize ans, sans aucune difficulté, et depuis elle n'a jamais eu les moindres dérangements dans ses époques ; vers l'âge de quinze ans, elle a commencé à avoir des rapports sexuels, mais elle n'a jamais eu d'enfants.

Il y a environ sept mois, les règles furent suspendues, les seins se tuméfièrent et en même temps devinrent douloureux ; continuellement la malade avait envie de dormir ; elle remarqua en même temps qu'elle était constipée, qu'elle éprouvait des envies fréquentes d'uriner et que le ventre prenait un développement assez notable.

Il y avait un mois que ces divers symptômes se manifestaient lorsque Rose B... consulta un médecin ; un purgatif fut administré et depuis elle ne suivit aucun traitement.

Comme les règles ne reparaissaient pas et que le volume du ventre augmentait toujours, soupçonnant d'ailleurs qu'elle pouvait être enceinte, elle voulut en avoir la certitude et consulta un médecin de Montmartre, qui, trompé par le siège de la tumeur et les réponses de la malade, pensa qu'il s'agissait d'une affection du foie ou d'un kyste de l'ovaire.

On comprendra d'autant plus facilement cette erreur que dans ce moment il y avait du gonflement et de la sensibilité dans la région épigastrique. Comme il existait cependant toujours des doutes dans son esprit sur la nature réelle de l'affection, il manda un confrère,

(1) Commun. à la Soc. de Chirurg. de Paris, 5 mai 1852.

qui, après un nouvel examen, partagea également son avis; ils conseillèrent, en dernier lieu, à la malade d'entrer à l'hôpital.

Le jour même de l'entrée de la malade, M. Huguier procéda à un examen très minutieux. Après avoir examiné l'abdomen, il demanda à la malade si déjà elle avait eu des enfants. Sa réponse fut non seulement négative, mais elle affirma qu'elle était vierge.

En examinant le ventre, on trouve que la peau n'est nullement altérée ; l'abdomen est détendu par une tumeur dont le plus grand diamètre est transversal. Cette tumeur est séparée du pubis par une dépression profonde qui permet à la main d'atteindre l'angle sacro-vertébral ; la tumeur dépasse de 14 centimètres l'ombilic et s'étend à 10 centimètres au-dessous, de telle sorte que son diamètre vertical est de 24 centimètres ; quant à son diamètre transversal, il est de 27 centimètres.

Sa direction est oblique de bas en haut et de gauche à droite ; elle est inégale, anguleuse. En bas et à gauche de la masse principale, on sent une petite tumeur du volume d'une orange ; elle est plus résistante et plus lisse que la précédente dont elle est séparée par une dépression.

Cette tumeur est mobile sous la pression et fuit quelquefois devant le doigt explorateur. On se demande alors si *c'est le corps même de l'utérus* accolé à un kyste qui renferme un enfant, si ce n'est pas la tête de celui-ci ou bien si c'est une tumeur renfermée dans les annexes de l'utérus. La tumeur principale donne la sensation du ballottement, c'est-à-dire qu'on sent au milieu de la fluctuation, qu'elle présente un corps dur qui se déplace sous la pression.

En explorant les organes génitaux, on trouve l'orifice vulvaire très dilaté, ayant un aspect violacé et bleuâtre.

Au toucher, Huguier trouve le rectum rempli de matières fécales, et, plus loin, une partie dure, ferme, inégale et anguleuse comme serait un membre. S. Huguier est porté à croire que cette partie résistante est un pied, on le sent dans le cul-de-sac vagino-utérin postérieur à droite du col ; elle est séparée dudoigt explorateur par une très petite épaisseur de tissus.

Le col de l'utérus est placé en avant et à gauche de la partie anguleuse. Il est arrondi et d'une consistance moins ferme qu'à

l'état physiologique ; les portions sus et sous-vaginales semblent avoir moins d'étendue, son orifice est de beaucoup moins large qu'il ne l'est habituellement au septième mois de la grossesse. La membrane muqueuse qui le recouvre est plus souple qu'à la normale. L'application du speculum permet de voir qu'elle est bleuâtre comme l'entrée de la vulve.

Après avoir plusieurs fois examiné la femme et trouvé les bruits du cœur fœtal, Huguier admet l'existence d'une grossesse et que, d'après ces faits, il est difficile de ne pas admettre l'existence d'une grossesse extra-utérine.

M. Huguier pria MM. Danyau, Robert, Lenoir, Maisonneuve et Marjolin de venir examiner la malade. MM. Depaul et Laborie la voient également et plusieurs pensèrent qu'il y avait une grossesse qui pouvait être extra-utérine. Moreau pencha aussi pour une grossesse extra-utérine, et Danyau « indiqua la longueur et le siège de l'incision à pratiquer ».

La femme accoucha normalement le 1er juillet.

Observation VI

In Pajot (1)

Grossesse dans utérus à flaccidité exagérée, prise pour une grossesse abdominale.

Il y avait, en 1860, dans la salle Sainte-Anne, de l'Hôpital-Dieu, une femme enceinte de sept mois dont la grossesse abdominale avait été constatée par plusieurs médecins et chirurgiens de l'hôpital et du dehors. On gardait cette femme en observation jusqu'à ce qu'on se décidât à lui pratiquer l'opération qu'on jugerait nécessaire pour faire l'extraction de l'enfant. Je fus prié de la voir.

C'était une primipare assez délicate, le ventre avait le volume d'une grossesse de sept mois. Le fœtus paraissait logé sous la paroi abdominale et, par le vagin, on sentait l'extrémité céphalique

(1) Travaux d'Obstétrique et de Gynécologie, p. 63.

comme si elle eût été séparée du doigt seulement par l'épaisseur du vagin.

Le col fut étudié soigneusement, il était évidemment modifié comme il doit l'être chez une primipare de sept mois. Il avait sa longueur normale. Le ramollissement s'était emparé de tout le museau de tanche ; à travers les culs-de-sac, on sentait encore un peu de fermeté dans la région sus-vaginale.

« L'orifice externe était arrondi et fermé ».

Pajot fit le vrai diagnostic.

Les deux observations suivantes ont été apportées par M. Lepage (1) à la Société d'obstétrique, de gynécologie et de pédiatrie de Paris.

Observation VII

Grossesse dans un utérus à flaccidité exagérée imposant pour une grossesse extra-utérine

Une femme primipare, soi-disant enceinte de 10 mois, eut quelques menaces de début de travail. Son médecin, trompé par la superficialité des parties fœtales d'un fœtus transversalement placé, pensa d'abord à une grossesse ectopique. L'événement prouva qu'il s'agissait d'une grossesse gémellaire utérine.

Observation VIII

Grossesse dans un utérus à flaccidité exagérée faisant croire à une grossesse extra-utérine

Une femme présenta brusquement, vers le sixième mois de sa grossesse, des phénomènes péritonéaux légers pouvant faire croire à une grossesse ectopique. La paroi utérine était mince, le corps

---

(1) *Annales de Gynécologie*, 1899, p. 403.

utérin semblait distinct du col. Ce n'est qu'au bout de plusieurs jours qu'un diagnostic certain put être posé. Il s'agissait d'une crise d'appendicite au cours d'une grossesse utérine. La femme accoucha spontanément et à terme sans incident.

Observation IX

Engelmann. — *Reprinted from Transactions*, 1892

Grossesse dans un utérus à flaccidité exagérée prise pour une grossesse extra-utérine (1)

Mme Y. C..., âgée de 32 ans, a eu trois enfants et une fausse couche ; elle consulte M. Engelmann le 29 juin 1889 ; elle nourrit encore, à ce moment-là, son dernier enfant, âgé de vingt mois. Depuis trois mois, elle souffre de maux de tête et nausées, de ballonnements du ventre et d'une augmentation rapide de l'abdomen qu'elle attribue à l'apparition d'une tuméfaction au niveau de l'hypogastre. Les règles ne sont pas revenues depuis le dernier accouchement, mais la malade nie toute possibilité de grossesse en se basant, il est vrai, surtout sur le fait qu'elle nourrit. Le palper abdominal décèle l'existence d'une tumeur au niveau de la symphyse et située un peu à droite ; elle n'a pas une consistance élastique, mais paraît formée à la palpation par une sorte de boule sphérique et dure qui disparaît pour réapparaître ensuite. Cystocèle légère dont la muqueuse présente une coloration lie de vin. La portion vaginale est située très bas, près de l'orifice vulvaire, ses lèvres sont granuleuses. Le col dur et épaissi se dirige en avant pour former un corps utérin, situé également très bas dans le bassin, épaissi et allongé, et en rapports peu distincts avec la tumeur ; celle-ci présente une certaine mobilité et une certaine indépendance vis-à-vis du col. Une sonde recouverte de coton imbibé d'une solution phéniquée au 10e pénètre dans la cavité de l'utérus légèrement antéfléchi sur une longueur de 8 centimètres.

(1) Mém. Muret, *loc. cit.*, p. 953.

Il s'agissait donc d'une tumeur en rapport avec la paroi antérieure de l'utérus et contenant des fibres musculaires. Le diagnostic d'une grossesse fut exclu, à cause de la netteté avec laquelle on pouvait palper l'utérus, qui paraissait en état de subinvolution, comme semblait également l'indiquer le résultat du cathétérisme utérin.

Le 13 juillet, changement complet : la tumeur a disparu entièrement et l'on peut constater au-dessus de la symphyse les membres d'un fœtus ; celui-ci est accessible aussi bien à l'exploration vaginale qu'au palper abdominal, si distinctement qu'il paraît se trouver immédiatement au-dessous des parois du vagin ou de l'abdomen. L'utérus se présente toujours sous la forme d'un utérus un peu gros en subinvolution ; la sonde pénètre à 15 centimètres. Diagnostic : grossesse abdominale, secondaire, provenant d'une grossesse tubaire. Personne ne songea à une grossesse utérine, à cause de la netteté avec laquelle on pouvait circonscrire l'utérus, et, d'autre part, palper le fœtus qui paraissait libre dans le ventre.

Quelques jours plus tard, pour explorer à fond la cavité utérine, on introduisit à nouveau dans celle-ci, une sonde entourée de coton qui pénétra à 16 centimètres de profondeur. Cette manipulation détermina des contractions utérines, et le médecin appelé put constater, aux lieu et place d'un fœtus flottant librement dans la cavité abdominale, un globe utérin qui se contractait énergiquement et expulsa rapidement un fœtus de six mois.

CHAPITRE II

DÉVIATIONS DE L'UTÉRUS GRAVIDE

Ce n'est pas sans quelques hésitations que nous avons abordé ce chapitre. Nous sommes resté un moment à nous demander s'il ne fallait pas englober les déviations de l'utérus gravide dans le groupe de la flaccidité du segment inférieur de l'utérus. Est-ce que ces déviations de l'utérus gravide n'existeraient pas ? Loin de là. Si quelqu'un en doutait, il serait vite convaincu, ne serait-ce que par les observations où se trouvent relatées des explorations *de visu* qui furent faites à l'occasion de laparatomies pratiquées à cause d'une erreur de diagnostic.

Mais ce qui nous a troublé, c'est de voir que dans tous les cas que les auteurs nous donnent pour des déviations gravidiques à diagnostic difficile, ils nous parlent nettement, soit d'un gros col, soit de quelque chose qui ressemblait à un petit utérus siégeant derrière la symphyse pubienne. De plus, ils nous disent que dans ces déviations le vrai utérus en imposait pour une tumeur semblant complètement indépendante du pseudo-utérus. On y voit tout de suite nombre de caractères qui nous rapprochent de la flaccidité exagérée du segment inférieur de l'utérus gravide avec hypertrophie de la portion sus-vaginale du col.

Est-ce qu'il faut prendre tous les cas de déviation gravidique pour une flaccidité exagérée de l'isthme ? Nous ne le pensons pas.

Nous inclinons plutôt à croire qu'il faut distinguer deux classes dans les déviations utérines.

Il y a une classe de déviations utérines que la grossesse crée de toutes pièces ; elles sont, par conséquent, postérieures à la fécondation. Il y a ensuite une seconde classe de déviations que la grossesse ne tend qu'à corriger ; ce sont des déviations antérieures à la fécondation, et c'est ce groupe qui fera l'objet de ce chapitre. A proprement parler nous ne nous occuperons ici que des flexions.

HISTORIQUE

Les déviations de l'utérus gravide sont connues depuis longtemps et si nous voulions en tracer l'historique il nous faudrait remonter à Philosteus, Ætius, Deventer, etc. Nous nous garderons bien de le faire. Mais si nous nous demandons depuis quelle époque on s'occupe des flexions totales de l'utérus prises pour grossesses ectopiques, la question devient alors tout autre. Le sujet envisagé ainsi constitue un chapitre tout à fait de nos jours; il ne vit que d'hier, pour ainsi dire. Et, en effet, ce fut en 1897 que, pour la première fois, M. Pollosson fit faire à un de ses élève, une thèse à ce sujet.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Si l'on jette un coup d'œil rapide sur la statistique utérine, on voit que l'organe de la gestation réalise, en quelque sorte, les conditions d'un corps qui serait en équilibre instable.

Tourné en haut par sa grosse extrémité, il n'a, comme base directe de soutien, aucun point solide. Autour de lui, il ne rencontre que des organes mous, sur lesquels il ne peut compter comme points d'appui. Il est suspendu par des ligaments et n'a pour lutter contre les oscillations latérales que des ligaments : Ligaments utéro-sacrés, pubo-utérins, ligaments larges et ligaments ronds.-Voilà une série de liens assez nombreux, mais qui n'assurent pas du tout la stabilité de l'organe gestateur. Qui ne connaît la facilité avec laquelle l'utérus exécute des excursions assez longues pour devenir un organe, tantôt complètement vaginal, tantôt abdominal ? Avons-nous besoin de dire les avantages qu'en tire la gynécologie? Voilà ce qui en est de la fixité de l'utérus à l'état de vacuité.

Pendant la grossesse les conditions de stabilité utérine sont encore plus précaires. Ici intervient le ramollissement des liens, le changement de leur direction, qui détruisent le peu de fixité que l'utérus pouvait avoir. C'est ainsi que dans la grossesse même normale, l'utérus est le plus souvent incliné à droite, sa face antérieure regardant ce même côté.

Donc, quant à ses moyens de fixité, l'utérus pourra, *a priori*, fort bien se fléchir dans le sens antéro-postérieur ou dans le

sens transversal. Et, en effet, l'utérus gravide réalise des ante, rétro et latéroflexions (1).

Disons-le dès maintenant, les ante-flexions n'en ont jamais imposé pour une grossesse ectopique ; elles ne nous occuperont point.

Sur un utérus vide, la flexion, qu'elle soit dans un sens ou dans un autre, se caractérise par les faits suivants : le col a son axe presque parallèle à l'axe du vagin, ou bien, il est légèrement dévié. Le corps est coudé sur le col formant un angle plus ou moins aigu. Entre le col et le corps, on sent un sillon étroit de séparation.

Le tableau change quand l'utérus devient gravide. Le corps en flexion est immobilisé ; il semble être un peu plus mou que dans la grossesse ordinaire ; quelquefois il donne l'impression d'une poche fortement tendue. Contentons-nous pour le moment de mentionner seulement les lésions de voisinage, les adhérences que présente le corps de l'utérus ; nous y reviendrons plus loin.

Le sillon de tout à l'heure s'élargit beaucoup ; il en résulte une indépendance relative entre le corps et le col, indépendance qui peut même faire croire à une séparation complète. Le col à son tour semble être augmenté dans sa portion sus-vaginale ; c'est du moins la sensation qu'on a quand on palpe et qu'on touche. La portion sus-vaginale donne l'impression d'un petit utérus qui se cacherait derrière la symphyse. D'autres fois nous sommes en présence d'une hypertrophie du col dans toute la force du mot.

Voilà un certain nombre de points qui nous rappellent, comme nous l'avons dit, le phénomène dont nous avons parlé

---

(1) Pour les versions, voir le chapitre suivant.

dans le chapitre précédent. La différence entre ces deux états morbides de la grossesse se trouve dans le moment où se produit cette position vicieuse, dans les causes qui l'entretiennent, dans son évolution et surtout dans l'étiologie et la pathogénie.

EVOLUTION

L'utérus fléchi n'offre pas, certes, des conditions favorables à l'accroissement de l'œuf, et alors de deux choses l'une : ou bien l'œuf cède le terrain à la cause qui s'oppose à son développement normal, et c'est un avortement qui se déclare ; ou bien la grossesse triomphe de cet obstacle et continue sa marche. Pour y arriver elle se sert de deux moyens : dans certains cas, elle crée des dilatations sacciformes (1), ce qui prouve que la grossesse, ayant rompu toutes ses flèches contre la flexion inflexible, a pu contourner, quand même, le péril qui la menaçait. D'autres fois, elle s'attaque de toutes ses forces à la flexion même et la corrige. La grossesse y parvient en ramollissant les liens, en relâchant les adhérences, en détruisant tout obstacle qui fixait l'utérus dans une position impropre à son développement. Autrement dit, la grossesse opère une réduction.

C'est ainsi que l'on voit la tumeur, qui était tout-à-l'heure placée à côté du pseudo-utérus ou derrière lui, quitter sa place, s'approcher de la ligne médiane ou se relever pour venir se continuer avec ce qui n'était que le col.

Dans le cas de déviations par flaccidité exagérée du segment inférieur de l'utérus gravide, nous assistons aussi à une réduc-

---

(1) Voir le chapitre suivant.

tion; mais ce qui manque, c'est la douleur. En effet, ce n'est pas impunément qu'une réduction s'opère malgré les adhérences, malgré les obstacles, comme c'est le cas des flexions dont nous nous occupons maintenant. Pendant tout le temps que cette réduction se prépare, la femme souffre quelquefois atrocement. Ces douleurs s'expliquent par les tiraillements de l'utérus, par la compression qu'il produit et qu'il subit. Rien de toutes ces souffrances dans le cas de flaccidité exagérée, sauf dans le cas où elle s'accompagne de l'hydro-amniose.

C'est là un caractère distinctif sur lequel nous avons cru devoir insister.

ÉTIOLOGIE ET PATHOGÉNIE

Les flexions gravidiques se rencontrent plus fréquemment chez les multipares que chez les primipares. Elles peuvent être congénitales ; mais le plus souvent elles sont d'origine infectieuse, gonococcique, streptococcique, etc. L'infection crée des métrites, salpyngites, périmétrites, phlegmons des ligaments larges, des ovarites, des pelvipéritonites. Toutes ces inflammations peuvent guérir et permettre la fécondation, mais elles laissent trop souvent des adhérences, des brides fibreuses qui fixent l'utérus dans une position anormale. Consécutivement à ces inflammations, certains ligaments se raccourcissent, le tissu exsudatif qui donne les adhérences peut aussi englober un seul ou les deux ovaires, les rendre scléreux, friables, kystiques (1) et même purulents. Les adhérences peuvent agglutiner

(1) Voir : Le *sort des ovaires dans les rétrodéviations utérines.* Goldspohn. Am. Ass. of. Obst. and Gyn., 1897.

les viscères au dessus du fond de l'utérus, l'obligeant à se fléchir d'un côté ou d'un autre.

La grossesse n'est donc pour rien dans ces flexions (1), et, comme nous l'avons dit, elle ne peut que les corriger. Il en est tout autrement des flexions qu'on voit apparaître par suite de la flaccidité exagérée du segment inférieur de l'utérus gravide. Ici c'est la grossesse qui, par le ramollissement extrême, par l'allongement de l'isthme, par l'hypertrophie du col, est la cause médiate du déplacement de l'utérus. Dans le premier cas, la flexion précède la grossesse et peut quelquefois subsister après elle ; dans le second cas, la flexion est contemporaine à la grossesse, dont elle n'en est qu'un court épisode. C'est une déviation créée par la gestation et disparaissant toujours avant elle.

Ne pourrait-on pas voir dans ces déviations ante-gravidiques la cause de quelques particularités anatomiques, qu'on observe dans la grossesse, qu'elles compliquent? En effet, nous avons noté la mollesse un peu particulière que présente le plus souvent le corps de l'utérus, la compressibilité trop grande du segment inférieur et puis l'hypertrophie de la portion sus-vaginale du col.

Or, nous avons dit que la grossesse se sert du ramollissement pour corriger ces flexions. Eh bien ! ce ramollissement qui, pour agir sur les brides déviatrices, doit forcément être plus actif, ne se produira-t-il pas aussi sur le corps de ce ramollissement, n'atteindra-t-il pas aussi l'isthme qui, même dans les grossesses normales, peut avoir une dépressibilité très prononcée? De plus, le col ayant été touché par l'infection pri-

---

(1) Nous ne parlons pas des grossesses antérieures, qui peuvent par une infection amener une déviation ultérieure.

mitive cause de la déviation, son extrémité supérieure ne trouvera-t-elle pas dans l'espace libre que lui crée la déviation une condition favorable pour s'allonger ? Nous avançons là, naturellement, une simple vue de l'esprit ; mais nous n'apercevons pas trop pourquoi on ne pourrait l'admettre.

DIAGNOSTIC

Ici, nous aurons peu à ajouter à ce que nous venons de dire dans le chapitre précédent. Remarquons seulement qu'au début de la grossesse le diagnostic peut être des plus délicats, et on hésitera souvent, se demandant s'il faut attendre ou faire, plutôt, une laparatomie exploratrice. Celle-ci peut même devenir curative en rompant les adhérences et donnant à l'utérus sa position normale. Nous aurons fait ainsi une opération doublement utile ; nous aurons mis un terme aux souffrances de la femme et nous aurons, peut-être, sauvé la grossesse d'un avortement qui la menaçait.

Plus tard, nous aurons de nouveau à nous ingénier pour démasquer le pseudo-utérus. Nous tâcherons, comme nous l'avons dit, de sentir l'insertion des ligaments utéro-sacrés. Nous chercherons par une traction sur le col, de voir ce qui se passe au niveau du segment inférieur : pseudo-pédicule. Nous nous attaquerons au kyste fœtal par les mêmes moyens que nous avons employés dans le chapitre précédent. Notons que, la tumeur fœtale étant ici plus fixe, nos investigations seront plus difficiles.

OBSERVATIONS

Observation Première

Cas de Pollosson, *in* Ouzounova. — Th. de Lyon, 1898, p. 32

(Dextro-flexion gravidique imposant pour une grossesse extra-utérine)

Mme X..., multipare, habituellement bien réglée, a eu ses époques régulièrement jusqu'au mois d'avril 1897. Au mois de mai, les règles manquent et en même temps surviennent quelques phénomènes généraux de la grossesse : nausées, vomissements, inappétence ; en outre, apparaissent quelques douleurs dans la partie inférieure du ventre.

Préoccupée de ces douleurs, cette malade vint consulter un chirurgien très distingué et spécialiste en gynécologie, lequel fit les consultations suivantes : utérus de petit volume et légèrement déjeté à gauche ; à droite de cet utérus, on aperçoit une petite tumeur du volume d'une grosse noix ; tumeur douloureuse au toucher et de consistance pâteuse ; en arrière de cette petite tumeur, on en sent une autre de petit volume, mais plus ferme et moins douloureuse et qui fait l'effet d'un petit fibrome.

Le chirurgien consulté, considérant les symptômes généraux et la suppression des règles d'une part, et constatant d'autre part l'existence d'une tumeur latéro-utérine douloureuse, admit la possibilité d'une grossesse tubaire, sans affirmer pourtant ce diagnostic d'une manière absolue. Il conseilla en tous cas une surveillance attentive, relativement à l'évolution de la tumeur observée, et comme ce chirurgien ne pouvait suivre la malade parce qu'il devait s'absenter, il conseilla de s'adresser à un de ses collègues. Il avait eu soin d'exprimer, non seulement par écrit les constatations qu'il avait faites, mais de les représenter par un dessin.

Quelques semaines après ce premier examen, la malade va con-

sulter M. le docteur Auguste Pollosson ; celui-ci fit des constatations à peu près concordantes avec les précédentes.

Toutefois, la tumeur latérale droite avait augmenté de volume et atteint celui d'un gros œuf de poule. La petite masse fibromateuse, refoulée par le développement de la tumeur, n'était plus accessible; quant au col utérin, il était toujours déjeté à gauche et un angle très net, existant entre le col et la tumeur, semblait indiquer l'indépendance de l'un et de l'autre.

Il paraissait donc assez net que la tumeur était indépendante de l'utérus, et le diagnostic de grossesse tubaire paraissait très logiquement porté.

Toutefois, M. Auguste Pollosson, mis en méfiance par deux cas analogues, où il s'est trompé, admit comme possible l'hypothèse d'une grossesse utérine avec flexion latérale du col.

Ce qui rendait admissible cette supposition, c'est que le corps utérin n'était pas assez nettement senti à côté de la masse latérale et paraissait un peu trop petit. Cette restriction étant juste, M. Pollosson demande à la malade de se laisser examiner périodiquement à quelques semaines d'intervalle, et il put constater, en effet, que la tumeur latérale augmentait progressivement de volume, qu'elle se redressait, devenant plus médiane et qu'elle montrait d'une façon plus nette sa connexion et sa continuité avec le col utérin, un peu augmenté de longueur.

Le diagnostic de grossesse normale utérine s'imposa peu à peu et la malade accoucha à peu près à terme dans les premiers jours de janvier 1898.

Vers la fin de la grossesse et alors que l'utérus avait une position parfaitement normale, il était aisé de constater, dans la paroi latérale droite de la matrice, un petit fibrome du volume d'une noix, celui, sans doute, qui avait été constaté le premier à côté du col utérin rétro-fléchi.

Observation II

(P. Segond. — *Ann. de Gyn.*, 1901, p. 113).

Latéro-flexion gauche d'un utérus gravide, prise pour une grossesse extra-utérine. Laparatomie (1).

Le 12 février dernier, j'ai laparatomisé une femme que je croyais atteinte de grossesse extra-utérine, alors qu'il s'agissait, en réalité, d'une grossesse normale avec latéroversion gauche de l'utérus.

Il s'agit d'une femme de 30 ans, qui d'abord a reçu les soins de mon ami, M. Maurange, et voici textuellement la note qu'il a bien voulu rédiger et me confier sur les faits antérieurs à mon intervention.

Mme X..., âgée de 30 ans, réglée à 14 ans, sans antécédents pathologiques, a eu à 22 ans une première grossesse dont les suites paraissaient avoir été normales. L'enfant, venu à terme, est vivant et bien portant. Il y a deux ans environ, Mme X... a présenté des accidents de métrite congestive, avec gros utérus, peu mobile, quelques glaires et augmentation des règles. Ces accidents cédèrent assez rapidement au repos absolu au lit et aux injections chaudes. En quelques semaines, l'utérus reprend sa mobilité normale, le catarrhe s'apaise ; mais les règles, très régulières, demeurent abondantes. La santé générale est parfaite.

Le 10 décembre 1899, je suis appelé auprès de Mme X..., qui, me dit-elle, est malade depuis quatre ou cinq jours, sans appétit, vomissant une ou deux fois chaque matin et souffrant du ventre d'une façon croissante et à peu près ininterrompue.

Les dernières règles remontent au 14 novembre dernier ; elle a cru les voir paraître l'avant-veille, mais tout s'est réduit à une tache douteuse sur sa garniture. Le facies est pâle et tiré, le pouls fréquent (118), la température au-dessus de la normale (38°3).

---

(1) Communication à la Soc. d'obst., de gyn. et de péd. de Paris, 7 décembre 1900.

A l'examen, l'abdomen est douloureux, ballonné. Au toucher, on trouve l'utérus gros, immobile et confondu dans une masse indistincte, effaçant les culs-de-sac et dépassant notablement le pubis, surtout à gauche. Il est difficile, en raison du ballonnement du ventre et des douleurs provoquées par le palper, de se rendre un compte exact des limites supérieures de la tumeur. Le diagnostic de pelvi-péritonite est posé, le traitement classique est institué : glace sur l'abdomen, injections vaginales à 48°, lavements à 50°, diète, opium. Le lendemain, la malade est dans le même état, elle a eu des vomissements bilieux toute la nuit, les derniers sont verdâtres. Le pouls est toujours agité. La température a fléchi à 38°. La journée est meilleure. Vers le soir, les vomissements sont plus rares. La nuit du 11 au 12 est plus calme ; les applications répétées de glace soulagent la malade. Le pouls tombe à 84, la température à 37°7. Le 14, l'amélioration est manifeste ; il n'y a plus de vomissements depuis vingt-quatre heures. Pouls, 84 ; température, 37°3. Le lait est toléré. Cette amélioration se poursuit les jours suivants. Le ballonnement a disparu ; il commence à être possible de délimiter la tuméfaction pelvienne. Elle a fondu rapidement à droite ; mais sur la ligne médiane et surtout à gauche, il est facile de constater que son volume est toujours important.

Le cul-de-sac latéral droit se libère progressivement. Il n'en est pas de même en arrière et à gauche. Le col est entr'ouvert et légèrement tuméfié.

Les règles n'ont pas encore reparu le 24 ; il y a de temps en temps, le matin, quelques vomissements glaireux ; les seins se sont développés et la malade se plaint de leur tension sous les aisselles. Je commence à admettre la possibilité d'une grossesse. Mais un nouvel examen pratiqué le 27 dans des conditions meilleures, la malade n'accusant plus que des douleurs, semble déceler un utérus modérément augmenté de volume, dont le fond paraît regarder en haut, en avant et légèrement à droite et dont le bord gauche se continue avec une masse oblongue dure, obliquement couchée sur la paroi interne du pelvis. Cette masse fait corps avec l'utérus dont il est difficile, pour ne pas dire impossible, de la distinguer.

Le début brusque, les phénomènes péritoniques qui l'avaient marqué, leur disparition rapide, l'apparition de cette masse gauche

volumineuse, peu sensible à la pression ; d'autre part, l'existence de signes de gravidité et, par opposition, le développement relativement médiocre de l'utérus, me font penser qu'il s'agit là d'une grossesse ectopique. Je fais part de mes craintes à l'entourage, et je demande l'avis de M. Segond, qui voit pour la première fois la malade le 29 décembre. Je me contente de rappeler l'histoire de Mme X..., sans m'expliquer sur le diagnostic que j'étais porté à admettre. M. Segond, après un examen très approfondi, eut la même impression que moi et posa le diagnostic de grossesse tubaire gauche. Il recommanda le repos au lit, la surveillance attentive de la malade, une expectation prudente.

Mme X... resta dans un état stationnaire pendant quelques jours ; puis, vers le 8 janvier, elle recommença à éprouver dans le ventre quelques douleurs qui disparurent presque spontanément ; elle continuait à vomir à peu près tous les matins, mais son appétit était conservé. De nouvelles douleurs, le développement certain de la trompe supposée gravide, nous firent rappeler M. Segond, qui se décida alors à intervenir.

En résumé, lors de mon deuxième et dernier examen clinique, le diagnostic ne semblait pas douteux. En effet, d'une part, il y avait sûrement gravidité et, d'autre part, il semblait qu'il y eût indépendance nette entre un utérus peu volumineux dont je croyais sentir le fond à droite, un peu au-dessus du pubis, et une tumeur globuleuse, pseudo-fluctuante en voie d'accroissement, placée contre le bord gauche de l'utérus. Cette tumeur remontait haut dans la fosse iliaque correspondante. Elle se laissait percevoir, par le toucher vaginal, dans le cul-de-sac latéral gauche à côté d'un col gros et ramolli. Enfin, détail bien fait pour nous tromper plus sûrement, le toucher donnait la sensation d'un sillon profond et très net entre le bord gauche du col et la tumeur supposée indépendante.

En présence d'un pareil ensemble symptomatique, il était donc, on en conviendra, bien difficile de ne pas croire à une grossesse juxta-utérine. Ce diagnostic imposait une intervention immédiate et, le 12 février dernier, avec l'assistance de M. Maurange et de mes deux internes, Durrieux et Dartigues, j'ai pratiqué la laparatomie.

Dès l'ouverture du ventre j'ai reconnu mon erreur. Il n'y avait pas la moindre tumeur juxta-utérine : la grossesse était bel et bien une

grossesse utérine. Par contre, la situation de l'utérus en latéro-version gauche, donnait au mieux l'explication des sensations perçues cliniquement. L'organe était complètement couché sur le côté et maintenu dans cette position par de solides adhérences. Celles-ci se présentaient sous l'aspect des adhérences consécutives à la pelvi-péritonite. Toutefois, l'une d'elles offrait des caractères particuliers. C'était un solide cordon fibreux de 5 ou 6 millimètres d'épaisseur, implanté d'une part sur le détroit supérieur et comme inséré, d'autre part, sur le pôle apparent d'un fibrome interstitiel, gros comme une noix. Cinq autres fibromes semblables se montraient, du reste, comme autant de billes blanches et dures, parsemant la surface rouge de l'utérus.

Ces diverses constatations dictaient l'opération nécessaire. . . .

Les suites de cette opération ont été des plus simples. Mme X. est sortie de la maison de santé, trois semaines après, en parfaite santé et la grossesse a continué son cours.

Par malheur, cette grossesse fut interrompue, sept semaines après l'intervention, par des incidents tout étrangers à l'opération.

Observation III

(Routier. — *In Ann. de Gyn. et d'Obst.*, 1901., p. 127).

Dextroflexion d'un utérus gravide, prise pour une grossesse extra-utérine. Laparatomie. (1)

Mme P..., âgée de 20 ans, avait eu ses dernières règles le 7 avril 1900. A chaque époque, depuis, douleurs pelviennes, surtout à droite.

12 juillet. — Perte de sang par le vagin, crises douloureuses, état nauséeux qui dura trois jours.

2 août. — Nouvelles crises douloureuses, nouvelles pertes, nausées.

---

(1) Communication à la Société de Gynéc. et Péd. Paris, 14 janvier 1901.

5 août. — Appelé à la voir, elle a eu depuis le 2 août trois ou quatre fois 38°5 ; elle a vomi ; le ventre a été ballonné. Aujourd'hui, il est douloureux, surtout à droite, où on sent une tumeur ; au toucher, col mou : je crois sentir un utérus petit derrière le pubis, mais flanqué à droite d'une tumeur comme le poing ; je dis grossesse extra-utérine et, vu les accidents qui existent, je conclus à l'opération.

La malade est transportée dans une maison de santé ; elle a perdu encore un peu de sang. Je l'examine à nouveau ; je ne trouve plus la tumeur droite et je pense à une rétroversion gravide qui se serait replacée.

La grossesse n'était mise en doute par personne.

J'allais renvoyer cette dame chez elle, quand le soir elle eut à nouveau 38°5, quelques nausées, le ventre un peu douloureux.

Je priai mon maître et ami, le professeur Terrier, de la voir le 8 août. Il retrouva la tumeur latérale droite et postérieure et pensa à une hématocèle.

Le 9, je pratiquai la laparatomie ; selon mon habitude, je fis une toute petite incision ; il me fut facile de constater qu'il s'agissait d'une grossesse normale, mais avec latéro-flexion de l'utérus, que je redressai ; la matrice gravide sortie du petit bassin n'avait pas de tendance à y retomber ; elle était particulièrement flasque ; je refermai le ventre.

Tout alla bien d'abord : elle perdit à peine quelques gouttes de sang le lendemain de la laparatomie et quelques jours après j'enlevai les fils de la suture abdominale et je partis en vacances.

Le 21 août, mon opérée, guérie, fit sa fausse couche ; l'enfant était vivant ; elle eut une hémorragie épouvantable à laquelle cette jeune femme aurait à coup sûr succombé sans l'heureuse intervention de mon ami Hartman, qui pratiqua le curettage et qui fut frappé de la mollesse et de l'inertie de cet utérus.

Les suites furent favorables ; la malade est guérie et se porte aujourd'hui parfaitement.

Observation IV

(Chavannaz. — Communic. Soc. d'Obstét. et de Gynécol. de Bordeaux)

Flexion de l'utérus gravide à gauche et en arrière prise pour une grossesse extra-utérine (1)

Femme de 30 ans, réglée à 15 ans régulièrement. Règles douloureuses, abondantes ; a deux accouchements à terme.

A 26 ans, fausse couche de 2 mois 1/2.

Un an après, autre fausse couche de 2 mois. Depuis, règles restent douloureuses. En août 1899, elle entre dans le service du professeur Demons, et M. Chavannaz, pensant à un pyosalpinx droit, pratique la laparatomie et constate un ovaire scléro-kystique, qu'il extrait. La malade continue à souffrir du côté gauche. Au mois de juillet 1900, elle revient dans le service, se plaignant, depuis plusieurs jours, de douleurs dans la fosse iliaque gauche, de pertes de sang et de quelques vomissements.

Le toucher donne un col mou et, à gauche, une tumeur très douloureuse au toucher. On diagnostique grossesse tubaire gauche.

Le 27 juillet, laparatomie. L'utérus est volumineux, incliné à gauche et en arrière, mais il peut être ramené sur la ligne médiane.

L'ovaire est sain, sauf un petit point de sclérose.

La paroi abdominale est refermée. Le 27 décembre, reparaissent quelques pertes de sang qui amènent la malade chez M. Lefour, où elle accouche à l'aide d'une application de forceps.

---

(1) Difficulté de diagnostic dans certains cas de grossesse. *Gaz. hebd. de méd. et de chir.*, 1901, p. 681.

Observation V

(Personnelle)

Recueillie dans le service du professeur Tédenat. — Rétroversion gravidique avec un petit ovaire kystique prise pour une grossesse extra-utérine.

Mme X..., née à Pézenas (Hérault), âgée de 31 ans. Multipare ; réglée vers l'âge de 14 ans ; les menstruations retardaient quelquefois de plusieurs mois. Elle éprouvait à ce momement des nausées et même des vomissements. Son dernier accouchement remonte au 1er juillet 1899. Une semaine après, la malade fut prise, nous dit son médecin, d'une douleur dans la fosse iliaque gauche et où l'on sent un empâtement ; l'utérus est peu mobile ; la température vespérale oscille entre 39°-39,5. Tout cela s'arrange par des calmants, repos et saignées locales.

La malade reprend son travail vers le 15 juillet ; mais, vers le 11 août 1899, nouvelle poussée de douleurs abdominales avec température de 38°-38°,5, vomissements et constipation opiniâtre. L'utérus est gros et le cul-de-sac postérieur bombe ; on y fait une ponction avec un trocart. Il sort 2-3 cuillerées à soupe de sang, mais pas de pus.

Après un calme de quelques jours, la malade est reprise de ces douleurs, et le cul-de-sac postérieur est de nouveau complètement effacé. Difficulté, puis impossibilité d'uriner, il faut la sonder ; amaigrissement rapide. On fait une incision dans son cul-de-sac postérieur, il sort de nouveau un peu de sérosité sanguinolente sans pus.

Après cette seconde intervention, nous avons une période de calme jusqu'à la fin du mois de février 1901. A cette époque, nouvelles douleurs dans le bas-ventre, vomissements ; comme les règles n'ont pas reparu depuis le 18 janvier 1901, son médecin pense à une grossesse. Mais cette multipare n'était pas satisfaite de cette affirmation, soutenant qu'il lui arrivait de ne pas être réglée pendant des mois, ayant dans ce temps des vomissements, mais sans avoir de telles souffrances.

Dans la nuit du 23 mars 1901, le médecin fut appelé par le mari

de la malade, qui souffrait atrocement, faisant de continuels efforts pour vomir ; frissons et claquements de dents. Le toucher montre de nouveau une tumeur dans le cul-de-sac vaginal postérieur, se continuant avec la face postérieure de l'utérus qui est abaissé et repoussé en avant.

Le 25 mars, on anesthésie la malade, on incise son Douglas ; il en sort 30 gr. d'une sérosité très limpide et sans odeur ; après cela, tous les symptômes subjectifs et objectifs disparaissent. « La malade se lèverait le lendemain, si l'on n'y mettait obstacle ».

Une semaine après, nouvelle attaque ; c'est alors que son médecin la décida de venir à Montpellier, où elle entre dans le service de M. le professeur Tédenat, le 5 avril 1901, occupant le lit n° 3 de la salle Desault.

Nous la voyons le lendemain de son entrée. C'est une femme amaigrie, sans masque de grossesse. L'auréole du sein est légèrement foncée, son ventre paraît normal, à peine ballonné dans la région hypogastrique ; les parois sont solides, assez épaisses, sans ligne brune et sans vergetures. La vulve est violacée. Pas de signes d'hystérie ni de rachitisme.

M. le professeur-agrégé de Rouville, qui a alors le service, faisant le toucher, trouve les parois vaginales peu ramollies, le col assez haut, dirigé en avant et un peu à droite. L'orifice externe est peu perméable à la pulpe du doigt, il est fendu transversalement et présente une petite cicatrice à gauche.

Le palper abdominal n'est pas douloureux, sauf dans un seul point au-dessus de la symphyse, derrière laquelle on sent comme une vague saillie, assez dure, plongeant assez profondément dans le petit bassin.

Le toucher et le palper combinés révèlent la continuité entre cette saillie et le col.

Dans le cul-de-sac postérieur et légèrement à gauche on trouve une tumeur arrondie qu'on évalue approximativement au volume d'une grosse orange. La tumeur est immobile et semble être complètement indépendante du col, séparée de lui par un large sillon transversal. Elle offre à la pression la sensation d'une poche rénitente. Elle est douloureuse.

L'idée d'une grossesse extra-utérine se présente tout de suite à

l'esprit ; on discute le diagnostic avec une salpingite. En face de cette incertitude, M. de Rouville veut encore revoir la malade.

La femme souffrait toujours de son bas-ventre, constipation opiniâtre, pas de troubles du côté de la vessie, elle demande à être soulagée.

On procède à un nouvel examen ; par le palper on ne décèle que la saillie rétro-pubienne, par le toucher vaginal on sent toujours une tumeur du volume d'une grosse orange occupant le cul-de-sac postérieur et un peu le cul-de-sac latéral gauche ; la tumeur est difficilement mobilisable ; le col est dévié à droite et plaqué contre la symphyse. Il est séparé de la tumeur.

En face de ces symptômes et de la souffrance de la malade on se décide à intervenir. On maintient le diagnostic de grossesse extra-utérine.

A la veille de l'opération, nous a dit, il y a quelques jours, M. de Rouville, le palper abdominal lui a décelé alors au-dessus de la symphyse la présence de l'utérus, tandis que le toucher montrait encore une petite tumeur dans le cul-de-sac latéral gauche.

Opération. — Le 12 avril, M. de Rouville procède à l'opération. On fait une laparatomie médiane et sous-ombilicale, on tombe sur un utérus congestionné, très rouge, de conformation régulière. C'est un utérus gravide de trois mois, nous dit M. le professeur-agrégé Vallois, qui s'y trouvait au moment de l'opération. La main plongée dans le Douglas retire un ovaire kystique de la grandeur d'une grosse noix, relié à l'utérus par une trompe rouge, congestionné, et des adhérences filamenteuses. On enlève les annexes gauches. Les annexes droites sont saines, on ne les touche pas.

Les suites opératoires sont absolument apyrétiques, et la malade quitte l'hôpital le 15 mai. Son médecin nous écrit le 2 juillet : « L'état actuel de Mme X... est parfait, et la grossesse suit son cours normal jusqu'à ce jour ».

CHAPITRE III

DÉVELOPPEMENTS SACCIFORMES DE L'UTÉRUS GRAVIDE

L'utérus, pendant la gestation, peut non seulement se déplacer, s'infléchir, mais encore subir des déformations plus ou moins considérables. La paroi utérine, profondément influencée par la grossesse, se laisse facilement distendre sur certains points, et l'utérus prend des formes plus ou moins irrégulières. Ces faits sont bien connus des accoucheurs.

Toutefois, il est des cas où ces distensions, par leur siège, ont pu donner naissance à des accidents ou dérouter des hommes d'une grande expérience obstétricale, en les amenant à confondre ces déformations sacciformes de l'utérus gravide avec une grossesse extra-utérine. C'est là le point particulier qui nous intéresse et que nous avons l'intention d'envisager dans le présent chapitre.

HISTORIQUE

Ce fut Wigand (1) qui donna, au commencement du siècle dernier, le nom de dilatation sacciforme à ces déformations

---

(1) *Die Geburt des Menschen*. Berlin, 1820.

anormales ; mais, longtemps avant lui, vers 1734, Deventer (1) en avait déjà parlé, en considérant ces dilatations comme une rétroversion de l'utérus gravide ; et, en effet, les prolongements diverticulaires de la paroi postérieure de l'utérus gravidique furent les premiers connus en obstétrique.

En 1825, Mende (2) distingue nettement la vraie rétroversion de la fausse : « La première, dit-il, est celle qui répond à l'idée que tout le monde s'est faite de cette affection ; l'autre, dont la vraie nature paraît avoir été jusqu'ici complètement méconnue, est une dilatation sacciforme de la paroi postérieure, avec laquelle cet organe s'abaisse entre le rectum et le vagin. »

En 1839, F.-J. Hergott (3) en parle dans sa thèse de doctorat. Plus tard, Kiwisch (4) (1845), Scanzoni (1853), Walker Franke (5) 1864, s'occupent aussi de la dilatation sacciforme de la paroi postérieure de l'utérus. En 1876 apparaît le mémoire de Depaul (6) sur la « forme insolite que peut prendre l'utérus pendant la grossesse » ; en 1878, Chantreuil (7) nous en dit un mot dans ses leçons. Wineberg (8), 1895, insiste sur ces faits à la Société obstétricale de New-York ; enfin, Duhrssen (9),

---

(1) Observations importantes sur le Manuel d'accouchement. Paris, 1734.

(2) *Beobachtungen und Besnerkungen aus der Gerburts*, etc. Gottingen. 1825.

(3) *Variétés de formes de la matrice,* thèse de Strasbourg. 1839.

(4) *Krankheiten des weiblichen Geschlechte.*

(5) *Monatschrift für Geburtsbülfe.* 1853.

(6) *Archives de tocologie.* Paris, 1876.

(7) *Archives de tocologie.* Paris, 1879.

(8) *American journal of obstetric.* 1895.

(9) *Centralblatt für Gynæcologie.* Leipzig. 1898. — *Archives für Gynækologie*, vol 57, p. 70. 1899.

1898, fait à ce sujet, à la Société obstétricale de Leipzig, un résumé de son mémoire publié en 1899.

DIVISION

Les dilatations sacciformes peuvent siéger sur la paroi antérieure de l'utérus gravide; celles qui se développent sur la partie antérieure du segment inférieur sont assez communes. Ces dilatations deviennent même assez intéressantes quand elles ont de grandes dimensions, comme dans le cas de Bavaï, de Baudelocque. Mais des erreurs de diagnostic n'ont été commises, c'est là du moins ce qui ressort de nos recherches dans la littérature obstétricale, que dans les cas où ces déformations siégeaient, soit sur les parties latérales, soit sur la paroi postérieure de l'organe de la gestation. Nous allons donc envisager ces déformations en ces deux points seuls d'implantation.

A. — Dilatations sacciformes des parties latérales de l'utérus gravide (1)

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

La dilatation sacciforme peut siéger à gauche ou à droite de l'utérus, mais le plus souvent à gauche, vers sa partie inférieure. Le fond de cet organe est alors rejeté du côté opposé.

---

(1) Cas de Hyernaux, Lazarewitsch, Gottschalk, Dührssen, Ramdohr, etc.

La cavité sacculaire communique largement avec celle de l'utérus ; quelquefois, mais rarement, la base d'insertion utérine présente un léger étranglement isolant, en quelque sorte, un diverticule latéral dans lequel peut se trouver un membre fœtal, jamais le placenta.

Généralement, il s'agit d'une poche hémisphérique à parois minces, plus minces que le reste de l'utérus, et de dimensions variables. Parfois, et c'est le cas le plus fréquent, elle est assez grande pour contenir la tête de l'enfant ou même la plus grande partie du fœtus. Elle peut, en outre, contracter des adhérences avec les parties latérales du bassin et devenir ainsi immobile ; d'autres fois, on se trouve en présence d'une tumeur bien limitée, mobile et de consistance variable, en raison de la partie fœtale qui se trouve enfermée dans le sac.

L'utérus le plus souvent dévié, comme nous venons de le dire, du côté opposé à la dilatation, est peut-être un peu plus dur que d'ordinaire ; son col ne coïncide pas avec l'axe du vagin. Il est le plus souvent dirigé en haut et en arrière.

Ai-je besoin de dire comment on pourrait être amené à confondre ce groupe avec une grossesse interstitielle ? Anatomiquement la distinction est facile : dans la grossesse interstitielle, la trompe est insérée sur la tumeur qui fait elle-même corps avec l'utérus ; rien de pareil dans la vraie dilatation sacciforme. Beaucoup de cas pris pour des grossesses interstitielles doivent être regardées comme des dilatations irrégulières de l'utérus, déclare M. Wineberg (1), à la Société obstétricale de New-York.

Est-ce à dire pour cela que tous les cas étiquetés : grossesses interstitielles se rapportent à des dilatations sacciformes ?

---

(1) *Loc. cit.*

Bien loin de là ; nous refusons, au contraire, d'englober dans un même chapitre deux formes pathologiques aussi distinctes, et nous ne partageons pas l'avis de M. Dührssen, qui considère comme un cas de dilatation sacciforme la forme particulière que présente quelquefois la gestation dans un utérus arqué. Nous reviendrons sur ce point quand nous parlerons des malformations utérines.

B. — Développement sacciforme de la paroi postérieure de l'utérus gravide

PATHOGÉNIE

Les auteurs qui se sont occupés de cette question sont loin d'être d'accord. En effet, Deventer, qui a bien vu, comme nous l'avons dit, ces déformations, les rattache à la rétroversion utérine : « Je sais, dit il, par expérience, et tous ceux qui pratiqueront avec attention le sauront de même, que le fond de l'utérus changeant de place se trouve quelquefois si renversé en arrière, qu'il est couché contre l'épine du dos, ce qui, non seulement relève son orifice, mais le rend encore tellement oblique qu'il n'est plus sur la même ligne du vagin.

» On ne pourra point toucher l'orifice, ou on n'en touchera qu'une petite partie, à moins qu'il ne soit déjà fort ouvert, auquel cas on pourra toucher une portion de sa circonférence. En voici la raison : c'est qu'une partie de l'orifice sera collée par la tête de l'enfant contre l'os pubis : ainsi, tout le bord supérieur ne pourra se toucher, et pour toucher l'inférieur, il faudra conduire les doigts avec dextérité entre le col de la vessie et l'orifice, car si on les coule le long du rectum, on ne trouve qu'un sac fermé qui résiste au toucher, ce qui fait croire

à une personne ignorante que c'est la tête de l'enfant, sans faire attention qu'elle est encore renfermée dans la matrice ».

Tandis que d'autres auteurs, en commençant par Mende, dont nous avons cité l'opinion, en font une lésion à part, la nommant dilatation sacciforme de la paroi postérieure de l'utérus, Depaul soutient fortement l'hypothèse d'une dilatation primitive, qui serait due à un développement exagéré de la paroi postérieure de l'utérus, la paroi antérieure ne pouvant pas suivre cette expansion, à cause d'une antéflexion qui diminuerait son étendue.

Par l'analyse des faits, nous sommes arrivé à distinguer deux cas :

1° Développement sacciforme primitif ou dilatation proprement dite, apparaissant soit vers la fin, soit dès le début de la grossesse. Celle de la fin de la grossesse nous est nettement indiquée par Kivisch (1) : « D'après nos recherches minutieuses, nous dit-il, on ne trouve, dans les derniers mois de la grossesse, que la descente de la paroi postérieure de la matrice, laquelle se prolonge en forme de sac dans l'espace de Douglas, tandis que la partie antérieure et supérieure de la matrice reste dans la partie inférieure de la cavité abdominale, à tel point qu'extérieurement il est impossible de distinguer ce déplacement ».

Voici ce qu'en pense Scanzoni : « La rétroversion partielle, affection particulière aux derniers mois de la grossesse, consiste en ce que la paroi postérieure de l'utérus s'affaisse comme un sac dans l'intervalle du Douglas ; elle est due uniquement à la pression qu'exerce la partie fœtale qui se présente

---

(1) Beiträge Zur Geburtskunde und Gynäkologie, 1853.

sur la partie postérieure du segment inférieur ». Tarnier (1) et Budin reconnaissent aussi la possibilité de cette dilatation tardive.

La distension dès le début de la paroi postérieure de l'utérus gravide nous est indiquée par Depaul et Dührssen. L'un et l'autre accusent une antéflexion primitive. Ce dernier fait encore intervenir l'existence de tumeurs (cas de Dührssen, Halliday, Croom, Hermann, etc.); des adhérences dues à une périmétrite de la paroi postérieure; (cas de Dührssen, Négrier, von Müller, Croom, Reid, Hofmeier); la vagino-fixation et ventro-fixation sans suture isolée du péritoine, ce qui empêcherait le développement de la paroi antérieure de l'utérus, tandis que la paroi postérieure subirait une surdistension (cas de Dührssen) et le rétrécissement du bassin.

On sait d'ailleurs que, dans les grossesses normales, c'est toujours la paroi postérieure qui subit le maximum de développement ; c'est elle qui commence à bomber d'abord et s'échappe ainsi du bassin.

2° Développement sacciforme secondaire, connu sous le nom de rétroversion ou rétroflexion partielle, qui n'est autre chose qu'une rétroversion ou plutôt une rétroflexion non réduite d'un utérus gravide dans lequel la gestation tend à évoluer jusqu'au terme.

Jacquemier avait déjà pensé à ce mécanisme d'évolution de l'utérus dévié. Barnes (2) soutient aussi que dans l'utérus rétroversé ou rétrofléchi, la grossesse peut parfaitement arriver à terme ; mais dans ce cas l'œuf repousse « la portion des parois utérines qui regarde en haut et en avant vers la cavité

---

(1) *Traité de l'art des accouchements*

(2) *Leçons sur les opérations obstétricales*, Paris. 1871.

abdominale » et se développe aux dépens de ces parties surdistendues. Schrœder, Stoltz, Bailly, Chantreuil et Tarnier, sont du même avis. Que les choses se passent quelquefois ainsi, on n'en peut douter en présence de l'observation remarquable de M. Schwyzer (1), qu'accompagne, dessinée d'après nature, la coupe sagittale d'un bassin avec un utérus gravide de 6 mois et en rétroflexion. Or, s'il était vrai, comme le veut Depaul, que ce soit toujours la paroi postérieure qui, en se distendant, donne naissance au développement sacciforme, il en résulterait que cette partie est toujours la plus mince, ce que les faits ne prouvent pas.

Les mensurations faites par M. Schwyzer, le dessin qui accompagne son observation, montrent que c'est justement la paroi antérieure de l'utérus qui est la plus mince et son épaisseur diminue progressivement, au fur et à mesure qu'on approche du col. C'est donc la paroi antérieure qui a été violentée par l'accroissement du volume fœtal, tandis que la paroi postérieure, enfermée dans le bassin, a gardé son épaisseur normale.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

L'utérus, dans ces cas, est formé de deux poches: l'une supérieure, siégeant dans l'abdomen, remonte plus ou moins haut, l'autre inférieure, remplit l'excavation pelvienne. L'utérus est en bissac.

La poche inférieure peut descendre assez bas et n'être séparée de la vulve que par une distance de trois centimètres

---

(1) *Arch. für Gynäkologie*, vol. XLI, 1891.

Ses dimensions lui permettent de loger la tête ou le siège du fœtus. Ses parois, plus minces ou plus épaisses que le reste de l'utérus, peuvent servir d'implantation au placenta, et il n'est pas rare de trouver des adhérences qui les retiennent dans la cavité pelvienne.

Il n'y a pas de cloison qui sépare cette poche du reste de l'utérus.

Pris dans son ensemble, l'utérus est oblique de haut en bas et d'avant en arrière ; son pôle inférieur correspond au fond de la poche inférieure ou pelvienne, tandis que l'orifice du col est situé presque à la partie moyenne de la hauteur utérine. C'est là un point capital qui anatomiquement permet de distinguer cette déformation utérine d'un simple déplacement. Et en effet, que la poche pelvienne soit le résultat d'une dilatation vraie — dilatation sacciforme proprement dite de la paroi postérieure — ou qu'elle soit la transformation d'une rétroflexion ou rétroversion gravidique, le col n'occupe plus le pôle opposé au fond utérin. Et c'est justement cette position étrange du col qui a troublé Chailly, lui faisant croire, faute d'explication meilleure, à une insertion anormale du col sur l'utérus.

Par rapport au vagin, le col est rarement dans l'axe de ce dernier, le plus souvent il est rapproché de la symphyse, tendant à tomber perpendiculairement sur le plan de celle-ci. Dans tous les cas, il remonte assez haut et quelquefois même, il fuit au-dessus du pubis où il est alors presque impossible de l'atteindre.

Sa lèvre postérieure est le plus souvent effacée, quelquefois elle se continue avec la paroi postérieure du vagin, supprimant ainsi le cul-de-sac vaginal postérieur. Quant à la lèvre antérieure, il est toujours possible de la sentir, et le cul-de-sac vaginal antérieur est augmenté de profondeur.

Si on examine les faits, on s'aperçoit que c'est dans le cas de dilatations sacciformes des parois latérales et dans le développement sacculaire secondaire de la paroi postérioure de l'utérus que des erreurs de diagnostic furent surtout commises.

En ce qui concerne ce dernier point, on conçoit facilement qu'il en soit ainsi si l'on tient compte que dans la dilatation proprement dite du début de la grossesse nous trouvons chez la femme le plus souvent des antécédents génitaux qui nous font réfléchir, et dans celle de la fin de la grossesse, les signes topiques de cette dernière ne laissent plus aucun doute. Mais dans le développement sacciforme secondaire de la paroi postérieure de l'utérus, tout semble concorder pour nous induire en erreur ; le diagnostic devient alors plus délicat.

Avant de finir avec ces déformations de l'utérus gravide, citons le cas unique de Semmelweiss où il y avait grossesse avec une dilatation sacciforme de la paroi postérieure d'un col hypertrophié.

DIAGNOSTIC

Les dilatations sacciformes latérales seront d'un diagnostic facile. La palpation nous rendra compte des relations étroites qui existent entre le sac et l'utérus. On n'y trouvera pas, à proprement parler, le pédicule de la grossesse extra-utérine. La trompe ne continue pas la poche, elle est le plus souvent placée au-dessus de cette dernière, quelquefois elle est derrière la dilatation. Dans ce cas, elle se cache à notre main, et c'est seulement une palpation attentive qui nous indique sa véritable insertion. De plus, cette poche ne présente pas des contractions.

Mais avec une dilatation sacciforme de la paroi postérieure, le diagnostic peut être quelquefois des plus épineux. On doit commencer par vider la vessie pour voir ce qui reste encore comme tumeur dans l'abdomen. Peut-être arrivera-t-on ainsi à palper les annexes utérines des deux côtés et voir si on les trouve à leur place normale. Le toucher vaginal attirera notre attention sur le col qui, par sa position, l'état des culs-de-sac, nous renseignera sur ses rapports avec l'utérus. Par le toucher et le palper combinés, nous arriverons peut-être à faire passer une petite partie fœtale de la poche pelvienne dans la poche abdominale. Le toucher vaginal et rectal combiné réussira, dans quelques cas, à nous montrer la continuation entre les deux poches. Enfin, c'est dans ces cas que le toucher intra-utérin pourra quelquefois rendre les plus grands services. Quant au cathétérisme, nous ne croyons pas, quoi qu'en dise M. Dührssen, qu'il soit toujours utile, tandis qu'il peut, presque toujours, être fatal pour la grossesse. (Cas de Semmelweiss, Depaul.)

OBSERVATIONS

Observation Première

(*In* Thèse de Hergott) (1).

Latéro-dilatation sacciforme gauche imposant pour une grossesse extra-utérine.

M. le professeur Stoltz fut appelé en consultation auprès d'une dame âgée, primipare, chez laquelle on remarquait une dilatation sacciforme dans les derniers temps de la gestation. Le travail de

---

(1) *Essai sur les différentes variétés de formes de la matrice pendant la gestation et l'accouchement*, Thèse de Strasbourg, 1839.

l'enfantement fut extrêment lent. Au-dessus et en dedans de l'aine gauche, on sentait et on voyait une saillie très prononcée et bien détachée qui renfermait un corps rond, la tête du fœtus, appuyée sur la branche horizontale du pubis gauche. Les contractions ne parvinrent pas à engager la tête. Par une pression exercée sur la tumeur, pour la pousser vers le détroit supérieur, on la faisait disparaître, mais elle se démontrait dès qu'on ôtait la main ; le fond de l'utérus était légèrement incliné à droite. Cette singulière forme du ventre, la facilité avec laquelle on distinguait à travers la paroi abdominale la tête du fœtus au-dessus de l'aine et l'extrême difficulté qu'on éprouvait à atteindre l'orifice de la matrice, dévié en haut, en arrière, et dans lequel on pouvait à peine introduire un doigt après un travail de près de 48 heures, firent soupçonner une grossesse extra-utérine. Mais le quatrième jour, on fit l'extraction d'un fœtus en putréfaction complète et la mère succomba peu après.

Observation II

(Bailly, *Archives de tocologie,* 1874, p. 732) (1).

Dilatation sacciforme de la paroi postérieure de l'utérus prise pour une grossesse extra-utérine.

Cordonnier, femme Lachèze, 39 ans, couturière, née à Aucaire (Seine-et-Marne). Taille moyenne, constitution paraissant primitivement bonne, mais affaiblie par les privations et la souffrance. La conformation des membres inférieurs est tout à fait normale. Réglée à 17 ans, trois ou quatre jours régulièrement, et mariée à 22 ans, cette femme a eu successivement quatre couches à terme parfaitement naturelles. Au mois de février 1866, elle fit une fausse couche de six semaines environ. A la suite de cet accident, la marche et l'exercice produisaient certains malaises, tels que : fatigue, défaillance, oppression rapide. Toutefois, l'appétit et les digestions

(1) Rétroversion utérine puerpérale.

étaient régulières ; la malade n'éprouvait ni douleurs lombaires ou pelviennes, ni gène dans l'excrétion de l'urine ou les garde-robes.

Les règles apparaissent pour la dernière fois vers la fin du mois de novembre 1866. Bientôt se manifeste l'ensemble des troubles sympathiques de la grossesse, et la femme Lachèze ne doute aucunement qu'elle ne soit enceinte.

Le 1er mars 1867, sans cause appréciable, sans souffrance préalable, elle éprouve de la peine à uriner et ne parvient à rendre ses urines qu'en prenant certaines attitudes tout à fait insolites. Deux jours plus tard, à la suite d'une course plus longue, elle est prise de rétention d'urine complète. Elle essaie fréquemment d'uriner dans le courant de la nuit, mais ses efforts n'aboutissent qu'à l'émission de quelques cuillerées de liquide. Cette rétention, bientôt accompagnée d'incontinence par regorgement, et l'intensité des douleurs font croire à ce moment à l'imminence d'un avortement. On appelle une sage-femme, qui signale un déplacement utérin et conseille l'entrée dans un hôpital.

Le 23 mars 1867, la femme Lachèze entre en effet à l'hôpital des cliniques, service de chirurgie. On trouve à son arrivée le ventre développé par une tumeur volumineuse, régulière, dont le fond atteint l'épigastre ; c'est la vessie urinaire, d'où la sonde extrait plus d'un litre d'une urine ammoniacale et purulente. La rétention d'urine persiste les jours suivants et, deux fois par jour, on est obligé de recourir au cathétérisme. Certaines dispositions organiques, dont je vais parler dans un instant, laissant supposer l'existence d'une grossesse, la malade est confiée aux soins de M. le professeur Depaul, et passe, le 30 mars, dans le service d'accouchements de l'hôpital.

Le 1er avril 1867, un examen attentif de l'abdomen et du bassin constate les dispositions suivantes : Une tumeur régulièrement arrondie occupe la région sous-ombilicale, sans la dépasser ; elle est ferme, sans dureté, la pression la réduit en déterminant l'expulsion d'un jet d'urine et produisant une douleur assez vive. Cette tumeur est bien la vessie urinaire enflammée ; on la fait disparaître entièrement au moyen de la sonde. La vessie étant vidée, on découvre derrière elle, à l'hypogastre, un second corps, de consistance plus ferme, médian, dépassant la symphyse de 7 à 8 centimètres,

large de trois travers de doigt, à sommet arrondi, que la main limite assez bien en déprimant fortement la paroi abdominale. Des parties latérales de ce corps se détachent comme deux cordons durs, profonds qui se portent en divergeant vers les côtés du bassin. Cette seconde tumeur est peu mobile, et les déplacements qu'on lui imprime avec difficulté, soit dans le sens vertical, soit horizontalement, se propagent au col utérin, que l'on sent encore assez ferme, dirigé en avant et appliqué contre la partie moyenne de la symphyse du pubis

Une autre tumeur volumineuse, résistante, globuleuse, remplit presque entièrement l'excavation pelvienne, en repoussant en avan la paroi postérieure du vagin. Ses caractères se perçoivent mieux encore au moyen du toucher rectal; ils donnent l'idée d'une collection liquide renfermée dans une poche à parois généralement épaisses et résistantes, mais paraissant plus souples et plus minces en quelques points.

L'auscultation, pratiquée avec soin, révèle, au niveau de la fosse iliaque gauche, un soufle doux, assez bref et isochrone au pouls maternel ; pendant l'exploration, l'oreille éprouve parfois une sensation de choc subit, telle que celle qui résulterait du déplacement brusque d'un fœtus.

Depaul, en discutant le diagnostic devant ses élèves, exclut l'hypothèse d'un déplacement de l'utérus et s'arrête au diagnostic de grossesse extra-utérine « en se fondant sur ce que la tumeur antérieure paraît formée par l'utérus vide et refoulé en avant par la tumeur pelvienne qui, dans cette hypothèse, serait un kyste fœtal ». Ce maître d'accouchement voit son opinion partagée par Tarnier, qui a aussi examiné la malade, mais, pour plus de sécurité, on se décide à pratiquer le cathétérisme.

Le 16 avril, il est procédé à cette exploration. La malade ayant été assoupie au chloroforme, une pression suffisante exercée sur la tumeur de l'hypogastre abaisse le col utérin, qu'on trouve ramolli et perméable au doigt dans l'étendue d'un centimètre au moins. La sonde utérine est introduite sans difficulté et vient faire, à 8 centim. au-dessus de la symphyse pubienne, une saillie que la main et la vue constatent avec facilité. Le doute, dès lors, ne semble plus permis.

et l'on doit croire que l'utérus, vide et refoulé par un kyste fœtal intra-pelvien, s'est logé dans l'hypogastre.

Le 19 avril, la malade nous annonce qu'elle a uriné deux fois abondamment la nuit dernière. La vessie est vide, en effet, et la sonde ne peut dépasser l'orifice interne du canal de l'urètre. Cependant la cavité abdominale est occupée par un corps de même volume que la tumeur formée les jours précédents par la vessie remplie d'urine. Ce corps est uni, globuleux, souple. On y entend nettement un souffle utérin et les bruits du cœur d'un fœtus. D'autre part, la tumeur pelvienne a disparu. La véritable nature des accidents observés jusque-là apparaît dans tout son jour. La double tumeur abdominale et pelvienne était formée par l'utérus gravide en rétroversion, qui a repris sa position normale.

Deux jours plus tard, la femme avorte d'un garçon de cinq mois environ et le lendemain elle succombe.

Observation III

(Résumée)

De Billi. — *Journal de Chirurgie*, 1895, p. 315 (1).

Dilatation sacciforme de la paroi postérieure de l'utérus, prise pour une grossesse extra-utérine.

Il s'agit d'une secondipare, âgée de 28 ans, qui commençait à souffrir de tiraillements, de douleurs dans le bas-ventre, dans les lombes, à partir du troisième mois de sa grossesse. Cet état empirait de plus en plus, à tel point que la femme fut contrainte de garder le lit dès le septième mois.

Les urines n'étaient expulsées qu'avec de grands efforts et les évacuations alvines n'avaient lieu qu'avec de grandes difficultés, malgré l'usage répété de purgatifs et de lavements. Vers le milieu du huitième mois (le 23 janvier), il s'écoula du vagin une assez

(1) Rétroversion singulière de l'utérus.

grande quantité d'eau. Celle-ci, blanchâtre dans le principe, prit ensuite une teinte d'un vert foncé. Le 31 au soir, les douleurs qui annoncent l'accouchement s'étant manifestées, la femme fit appeler une sage-femme ; celle-ci n'ayant pu, après des explorations répétées, trouver l'orifice de l'utérus, réclama l'avis d'un chirurgien. « Ce chirurgien, ainsi que deux autres de ses confrères, qui furent appelés plus tard, pensa qu'il s'agissait d'une grossesse extra-utérine ».

Or, en réalité, il s'agissait d'un utérus biloculaire, le développement sacciforme étant, ici, la transformation d'un utérus déplacé en arrière. De Billi put repousser dans l'abdomen la poche inférieure qui remplissait l'excavation pelvienne et terminer ainsi l'accouchement.

Observation IV

(Semmelweiss.— *Wiener, Med. Woch.*, 1857, n° 2.)

Grossesse avec dilatation de la portion postérieure du col hypertrophié prise pour une grossesse abdominale (1).

Femme âgée de 24 ans, primipare, mariée le 8 janvier 1856, eut ses dernières règles entre les 10 et 13 janvier. Elle était toujours bien portante. A son entrée à l'hôpital on fait les constatations suivantes : bon aspect extérieur, les seins laissent couler beaucoup de lait à la moindre pression. L'abdomen est au moins deux fois plus gros que dans une grossesse normale. On y remarque deux saillies, dont une plus grande occupe tout le flanc droit, et l'autre plus petite l'hypocondre gauche. Matité à la percussion dans tout l'abdomen : on sent dans la petite saillie, près de la ligne médiane, au niveau de la région hypogastrique, un gros corps dur avec deux parties mobiles et pointues (siège et membres inférieurs). Au même endroit, on sent nettement les mouvements du fœtus. On entend très bien le cœur fœtal vers l'apophyse iliaque gauche

(1) Commun. à la Soc. médic. de Budapest, 1856.

supérieure. Par le toucher, on constate l'absence complète des culs-de-sac vaginaux ; la portion vaginale du col est boursouflée et mesure quatre centimètres et demi. L'orifice externe du col laisse pénétrer le doigt. On ne sent pas de parties fœtales engagées dans le bassin. La sonde pénètre sans difficulté jusqu'à sept centimètres et demi, et on la remue dans un espace de quatre centimètres et demi. Le toucher rectal montre un corps triangulaire du volume d'un utérus non gravide et occupant la place de celui-ci. On sent la sonde remuer dans ce corps.

Semmelweiss, après avoir discuté la possibilité d'une grossesse utérine, d'une grossesse dans un utérus bicorne, dans un utérus biloculaire, s'arrêta au diagnostic d'une grossesse abdominale.

La laparatomie fut indiquée. Mais après 24 heures de séjour à la Maternité, quelques légères contractions se déclarent, suivies bientôt d'un travail des plus rapides. Une version spontanée s'opéra, la tête fut mise au niveau du détroit supérieur, là où auparavant se trouvait le siège. Une heure après se fit l'expulsion d'un enfant mort et la délivrance suivit bientôt.

Pour expliquer ce cas énigmatique, la main fut introduite : elle trouva un col de six centimètres et demi qui présentait une dilatation sphérique sur sa paroi postérieure. Cette dilatation dépassait le col dont l'orifice interne était plus bas que le fond de la dilatation. Le col était placé devant la dilatation. La sonde a pénétré dans cette dilatation au lieu de s'engager dans l'orifice interne du col, et c'est cette dilatation qui fut sentie par le toucher rectal comme un corps triangulaire.

Pour en finir avec ce groupe, citons encore les cas rapportés par Chantreuil, Wineberg, etc.

CHAPITRE IV

MALFORMATIONS UTÉRINES

Nous venons de voir comment des déformations légères de l'utérus gravide et des déviations même pouvaient créer des difficultés de diagnostic et nous induire en erreur. On comprend dès lors que les malformations utérines puissent être encore plus aptes à nous dérouter complètement. Et, en effet, il y a des cas de grossesse dans un utérus mal formé, constituant un rébus indéchiffrable, dans lesquels on ne peut pas dire, même bistouri en main : c'est une grossesse ectopique, c'est une gravidite avec malformation.

Dans ce chapitre nous verrons quelles sont ces déformations et comment elles se comportent pendant la grossesse pour amener à un diagnostic erroné. Mais avant tout, faisons un peu leur histoire.

HISTORIQUE

L'étude sérieuse de ces malformations ne commence qu'au milieu du dernier siècle. Sujet de curiosité, de bizarrerie jusqu'à la fin du XVIIe siècle, on ne peut trouver, sur cette question,

un travail scientifique qu'en 1693, c'est alors que Dionis vint nous conter l'*histoire d'une Matrice extraordinaire,* sur la formation de laquelle il ne tente pas de s'expliquer. Il laissa cela à d'autres, qui voulurent le faire avec l'anatomie comparée, par une sorte d'atavisme.

Ce n'est que plus tard, quand l'embryologie eut pris son essor, que la tératogénie utérine nous apparut dans tout son jour. Et maintenant c'est peut-être un point de tératogénie le mieux connu.

A partir de 1859, quand Kussmaul (1) publia ses recherches, on vit une série d'auteurs s'occuper de ces malformations, tant au point de vue anatomique qu'au point de vue obstétrical. Nous n'avons pas l'intention de les passer tous en revue ; et nous citerons ici seulement Le Fort (2), Muller, (3) Budin (4), Schroeder (5), Ruge (6), Pick (7), Halban (8), Chéron (9). Pour le reste, nous renvoyons à la bibliographie, à la fin de cette thèse.

---

(1) Von dem Mangel, der Verkümmerung und Verdopplung der Gebaermutter Würzburg, 1859.

(2) *Des vices de conformation de l'utérus et du vagin.* Th. d'agrégation. Paris 1863.

(3) Arch. f. Gyn., 1873, Bd. V, p. 132.

(4) *Le Progrès médical*, 4 mars 1876, et Obstét. et Gynéc., p. 339.

(5) Berlin. Klin. Woch., 1877 p. 109.

(6) Zeitsch. f. Geburts. und Gyn., 1884, Bd. X., p. 141.

(7) Zur Anatomie u. Genese der doppeten Gebärmutter Arch. f. Gynæk., vol. 57, 1899.

(8) Beitrag Zur Kentniss der Geburten bei Uterus bicornis bicollis Arch. f. Gynæk. 1899, vol 59, p. 188.

(9) De l'utérus didelphe. L'obstétrique, 1897, p. 116.

DÉVELOPPEMENT DE L'UTÉRUS

Pour comprendre les différents types des anomalies utérines, il faut se rappeler le développement des organes génitaux de la femme ; c'est dans cette étude qu'on trouve la clef des formes que l'anatomie montre ensuite.

L'utérus, organe impair et médian, est redevable de toutes ses malformations à sa provenance de deux organes, qui doivent se souder pour le constituer. Cette soudure règle pour la plus grande partie son anatomie normale. « C'est par un arrêt, dit Geoffroy Saint-Hilaire, et non par un excès de développement, qu'il faut expliquer la duplicité des organes uniques et médians ».

L'utérus tire son origine dans une partie des deux canaux de Müller.

Sur un embryon de vingt à quarante jours, le canal de Müller longe le côté externe du conduit de Wolff, les deux conduits par leur ensemble constituent le cordon génital de Tiersch. Les canaux de Müller sont encore pleins et séparés par toute la largeur de la colonne vertébrale.

Par atrophie des corps de Wolff et par persistance et évolution des canaux de Müller, nous aurons un fœtus de sexe féminin.

Le canal de Müller donnera la trompe, l'utérus et le vagin. La trompe sera fournie par toute la partie qui est au-dessus de l'insertion wolffienne du ligament de Hunter, tout ce qui est au-dessous jusqu'au sinus uro-génital prendra part à la formation du canal utéro-vaginal de Leuckart, prototype de

l'utérus et du vagin. Et en effet, à un moment donné, les deux canaux de Müller se rapprochent sur la ligne médiane, croisent les conduits de Wolff, et en se soudant dans leur partie inférieure ils forment le canal génital, la cloison qui les sépare se résorbe et un utérus et un vagin unique se forment.

Les anomalies utérines, les seules qui nous intéressent, dépendent du développement des deux canaux de Müller, de la marche et de l'étendue de leur soudure, de la résorption de la cloison séparatrice.

Ainsi, si les deux canaux de Müller s'atrophient complètement, il en résultera une absence complète de l'utérus : *uterus deficiens*, *defectus uteri* ; si l'atrophie est moins complète, c'est l'utérus rudimentaire, *uterus rudimentarius*. Un seul canal se développe-t-il ? C'est l'utérus unicorne.

Les deux canaux de Müller ne se sont soudés sur aucun point de leur longueur, c'est l'utérus didelphe : *uterus duplex*, *didelphis*. La soudure se fait au niveau du col séparé alors par une cloison, c'est l'utérus bicorne double, *uterus bicornis septus*. La soudure se fait aussi au-dessus du col, mais sans arriver jusqu'au canal de Hunter. Le col n'est pas cloisonné, c'est l'utérus bicorne unicervical : *uterus bicornis unicollis*.

La jonction s'est-elle opérée sur toute la longueur du canal génital, mais la résorption de la cloison ne s'est pas faite ? c'est l'utérus biloculaire : *uterus septus bipartitus* ; la cloison persiste-t-elle sur une partie seulement de sa hauteur ? c'est l'*uterus subseptus*. Enfin, la résorption est-elle complète, l'utérus présentant cependant sur un fond une dépression indiquant la ligne de soudure, c'est l'utérus cordiforme : *uterus armatus*.

Voici un tableau qui résume toutes ces anomalies :

A. — Anomalies dépendant du développement des canaux de Müller.	*Uterus deficiens* *Uterus rudimentarius* *Uterus unicornis*
B. — Anomalies dépendant de la soudure des canaux de Müller.	*Uterus didelphis* *Uterus bicornis septus* *Uterus bicornis unicollis*
C. — Anomalies dépendant de la résorption de la cloison.	*Uterus globularis bipartitus* *Uterus subseptus* *Uterus armatus*

ETIOLOGIE

En cherchant à expliquer les malformations utérines par le développement des organes génitaux de la femme, nous avons fait la pathogénie de ces anomalies. Voyons maintenant quelles en sont les causes.

Nous sommes ici en présence d'une foule de théories, les unes cherchant l'explication dans une cause purement mécanique, siégeant hors des canaux de Müller, les autres, dans un vice d'évolution de l'embryon lui-même ou dans une maladie des canaux de Müller. Nous allons citer quelques-unes de ces théories :

L'intestin (le rectum) ou la vessie, trop distendus, pourraient s'interposer entre les canaux de Müller et empêcher leur fusion.

La séparation définitive des canaux de Müller pourrait être amenée par un arrêt de développement des ligaments péritonéaux qui couvrent les corps de Wolff et les glandes génitales.

La persistance du ligament diaphragmatique de l'ovaire,

jouerait surtout dans ces malformations un grand rôle (Kubassow) (1).

L'interposition du ligament vésico-rectal entre les deux canaux qui doivent se rencontrer serait, pour Krieger (2), la cause de l'utérus bicorne.

Le développement exagéré, nous dit Tiersch (3), la persistance et la « séparation prolongée du corps de Wolff » mettraient obstacle à la soudure nécessaire pour avoir un utérus simple.

Pour Pfannenstiel (4), le défaut de rapprochement des canaux de Müller serait dû au développement trop grand, dans le sens transversal, de la partie inférieure du corps.

Pick (5) cherche la cause de l'utérus anormal dans l'hyperplasie de la cloison de séparation des canaux de Müller, et il est arrivé à cette conclusion par l'étude des myômes symétriques de l'utérus biloculaire.

Peut-être faut-il dire avec Orth : « A une même forme d'anomalie peut correspondre une étiologie différente ».

---

(1) Beitrag Zur Lehre von der doppelten Gebärmutter Virchow's Arch. vol. 52, p. 37, 1883.

(2) Monatschr. f. Geburtsk, 1858, vol, 12, p. 179.

(3) Bildungsfehler der Harn-und Geschlechtswerkreuge eines Mannes. Munch illust. med. Zeitg. 1852, vol. 1, p. 13.

(4) Ueber Schwangerschaft bei uterus didelphis. festsch. d. deutsch Geselsch. f. Gynäk 338 p. Wienne, 1894.

(5) *Loc. cit.*

A. — Malformations utérines dépendant du développement des canaux de Muller

Ce groupe d'anomalies nous arrêtera très peu, parce que ce n'est, certes, ni l'*uterus deficiens* ni l'*uterus rudimentaire* qui nous feront prendre une grossesse intra-utérine pour une grossesse extra-utérine. Cette erreur n'arrivera pas, par la bonne raison que, d'une part avec un *uterus deficiens* nous avons d'autres malformations incompatibles avec la vie, et d'autre part, avec un *uterus rudimentarius* réduit à une masse informe de tissu placée derrière la vessie ou à deux cornes rudimentaires avec des ovaires atrophiés, la fécondation n'a pas lieu. Il ne nous reste donc que l'utérus unicorne ; celui-ci gravide peut faire croire à une grossesse extra-utérine; mais, dans ce cas, l'erreur sera indépendante de l'anomalie utérine.

En effet, l'utérus unicorne, si intéressant au point de vue anatomique et embryologique, une fois devenu gravide, n'a plus rien qui le distingue de l'utérus normal. Et si une erreur de diagnostic a lieu, ce n'est pas parce que l'utérus est unicorne. C'est pour ces raisons que nous ne croyons pas nécessaire d'insister davantage sur cette anomalie qui finit ce premier groupe.

B. — Malformations utérines dépendant de la soudure des canaux de Muller

1° *Utérus didelphe (Uterus duplex, diductus).* — Cette anomalie consiste dans l'existence de deux utérus évolués l'un à côté de l'autre. Chacun des utérus jouit d'une indépendance absolue vis-à-vis de son congénère : chacun a son ovaire, sa

trompe, son col et un vagin. C'est exceptionnel que de rencontrer un vagin unique avec cette malformation (1) et encore faut-il se demander si, dans les cas examinés, la cloison n'a pas été détruite à l'occasion d'un accouchement antérieur, car tous les cas connus se rapportent à des multipares.

En somme, on pourrait dire que l'on a deux utérus unicornes, à direction divergente.

Le plus souvent, un des utérus est moins développé que l'autre, un des cols peut être obstrué, un des vagins atrésié ou fermé en cul-de-sac.

Aujourd'hui, c'est un fait acquis que non seulement la vie est possible avec cette malformation, mais qu'il peut parfaitement se produire une grossesse, soit dans l'un, soit dans l'autre utérus, soit dans les deux à la fois.

L'utérus devenu gravide remonte dans la cavité abdominale. L'utérus vide augmente de volume, ses parois s'hypertrophient, et libre de son congénère, il tombe dans l'excavation pelvienne, laissant ainsi à l'utérus gravide la liberté de dépasser la ligne médiane et d'occuper tout l'abdomen. D'autres fois, les deux utérus remontent dans la cavité abdominale, chacun se place dans une partie latérale de cette cavité, tout en arrivant à des hauteurs différentes. L'utérus vide, peu développé, dépasse peu la symphyse pubienne et se sent à la palpation sous forme d'un petit corps dur, arrondi, régulier, présentant des contractions.

---

(1) Cas de Las Cassas dos santos, *Zeits. f. Geb. u Gyn.*, 1888, vol. XIV, p. 167.

Cas de H. Chéron. *L'obstétrique,* 1897, vol. II, p. 127.

Cas de Delpiano, Th. de Paris, 1899, p. 50.

2° *Utérus bicorne double, proprement dit (uterus bicornis septus ou duplex).* — L'organe gestateur est représenté par deux cornes qui se soudent seulement au niveau du col, lequel est cloisonné. Il n'y a pas à proprement parler de corps utérin, remplacé qu'il est par les deux cornes, dont chacune constitue un utérus.

C'est donc un utérus double jusqu'au col, ce dernier seul étant unique et de plus cloisonné. Chaque utérus a, comme dans le cas précédent, son ovaire, sa trompe ; le vagin est le plus souvent cloisonné. Souvent aussi, il y a inégalité de développement entre les deux cornes. On trouve alors quelquefois un caractère anatomique intéressant, nous voulons parler du ligament vésico-rectal.

Ce ligament est constitué par un faisceau de fibres, à direction sagittale, qui se jettent comme un pont entre le fond de la vessie et la face antérieure du rectum. Passant au-dessus de la voûte formée par les deux cols réunis, ce ligament y prend insertion et se trouve ainsi divisé en deux parties : l'une antérieure ou ligament vésico-utérin, l'autre postérieure ou ligament utéro-rectal

Le ligament vésico-rectal présente quelquefois une épaisseur assez marquée, et c'est la partie antérieure qui est le plus souvent la mieux développée, comme dans le cas de Dalla Rossa (1), Israël (2), Opitz (3), dans plusieurs cas de la collection Weichselbaum et le cas de Halban (4).

La genèse de ce ligament est enveloppée d'obscurité. Les

---

(1) Zeitsch. f. Heilk. vol. IV, 1883.

(2) Annales de la Charité, 11me année.

(3) Berlin. gyn. Gesellsch. Sitzungsb., 13 janvier 1899.

(4) *Loc. cit.*

uns en font un reste du canal allantoïdien (Krieger) (1), les autres en font une création d'une péritonite fœtale (Orth) (2). Pour Winckel (3), il serait la conséquence même de la bifidité de l'utérus, tandis que pour Schatz (4), l'anomalie utérine et le ligament auraient une origine commune et inconnue.

En cas de grossesse, la corne gravide s'élève dans l'abdomen, entraînant sa congénère à une hauteur plus ou moins grande au-dessus de la symphyse pubienne. De plus, cette même corne gravide exécute en se développant un mouvement de rotation qui aurait pour résultat de rapprocher son ligament rond de la ligne médiane On pourrait sentir par la palpation, nous dit Pfanneustiel, ce ligament rond descendre verticalement (?) vers le canal inguinal.

La cloison qui sépare le col peut être perforée, et si la tête de l'enfant presse sur la cloison, celle-ci peut faire engager dans le col de la corne non gravide le bord supérieur qui limite la perforation. Par le toucher on peut sentir alors trois cols (5) : le col de la corne gravide par lequel on arrive sur les membranes ; le col de la corne non gravide divisé en deux par le bord descendu de la cloison. Par la division interne, on touche aussi les membranes.

3° *Utérus bicorne unicervical (Uterus bicornis unicollis).* — La soudure s'est faite ici au-dessus du col, sur une étendue plus ou moins grande et, en conséquence, nous aurons un

---

(1) *Loc. cit.*

(2) *Loc. cit.*

(3) Die Pathologie d. weiblichen Sexualorgane Atlas, p. 383 et 389.

(4) Vier neue fälle von unvolkommener Theilung des weiblichen genitalcanals. (Arch. f. Gyn., vol. 1, p. 12.)

(5) Halban, *Loc. cit.*, p. 190.

corps utérin cloisonné, présentant à ses deux angles une corne. Les deux cornes peuvent être tout à fait rudimentaires et, le plus souvent, à développement inégal.

Le col est unique, plus large que d'habitude ; le vagin n'est pas cloisonné.

A priori, il semblerait impossible de prendre une grossesse simple évoluant dans un de ces trois utérus anormaux pour une grossesse extra-utérine. En effet, dans le cas d'utérus didelphe ou bicorne proprement dit, nous avons un col double ou cloisonné, qui, en nous révélant la malformation, nous met sur la voie du diagnostic ; et dans le cas d'utérus bicorne unicervical, il paraîtrait qu'on doive toujours sentir les deux moitiés de l'utérus unies, côte à côte , ce qui évitera aussi l'erreur. Cependant, si l'un des cols est obstrué, si l'un des vagins est rétréci ou fermé en cul-de-sac,ce qui veut dire qu'il passe inaperçu ; attendons-nous à une erreur. En voilà la raison : Comme avec un col obstrué ou un vagin dans lequel le doigt ne peut s'introduire, on ne touche qu'un col, si c'est justement l'utérus qui correspond au col ignoré qui devient gravide, il n'y aura rien d'étonnant à ce qu'on le prenne pour un kyste fœtal placé à côté de l'utérus vide (1).

En ce qui concerne l'utérus bicorne unicervical, l'erreur peut être préparée par le même processus, que dans l'utérus biloculaire et, pour ne pas nous répéter, nous renvoyons à cette anomalie (2).

---

(1) La fécondation se fait par transmigration péritonéale ou par une perforation qui existerait au niveau du col, quand celui-ci est cloisonné.

(2) La grossesse qui se fait dans une corne rudimentaire de cet utérus anormal, nous la considérons comme une grossesse ectopique et nous l'excluons de notre cadre.

C. — MALFORMATIONS UTÉRINES DÉPENDANT DE LA RÉSORPTION DE LA CLOISON

1° *Uterus biloculaire (Uterus bipartitus globularius).* — La forme extérieure de l'utérus est ici tout à fait normale. Rien n'indique, d'après l'aspect extérieur, que l'on soit en présence d'une malformation, et cependant il y a encore une cloison qui divise la cavité utérine en deux compartiments — bicameratus. — Dans certains cas, cette cloison descend aussi dans le col et dans le vagin, divisant ainsi ces parties à leur tour. D'autres fois, la cloison vaginale présenterait une perforation immédiatement au-dessous du col et par le double vagin on toucherait un col unique. En supposant ce col non cloisonné on risquera, la malformation vaginale restant inconnue, de ne pas déceler cette anomalie (1).

Même ignorance de la malformation utérine si la cloison n'arrive que jusqu'aû niveau de l'orifice interne, ce qui est fréquent.

La cloison utérine peut présenter une perforation permettant de passer d'une loge dans l'autre, comme cela est arrivé à MM. Blondel (2) et Schlutius (3). La perforation peut même être assez grande et, s'il y a grossesse, l'enfant peut se mettre à cheval par son corps sur le bord de la cloison, ayant dans une loge sa tête et dans l'autre le siège (cas de Jakesch) (4).

---

(1) Blondel, *La Gynécologie*, 1899, vol. 4, p. 299.

(2) Uterus bipartitus. *La Gynécologie*, 1898, p. 122.

(3) Uterus semibipartitus cum vagina duplice. Centr. Gynæk, 1898. p. 436.

(4) *Centralb. f. Gynæk*, 1897, p. 732.

La grossesse peut se faire dans un de ces compartiments, tantôt c'est toujours le même côté qui devient gravide, d'autres fois la grossesse se fait alternativement dans l'une et dans l'autre moitié. Rarement les deux loges contiennent chacune en même temps un fœtus (cas de Teller) (1).

La grossesse qui évolue dans un utérus biloculaire nous offre plusieurs caractères intéressants : comme les deux moitiés sont solidaires l'une de l'autre, le côté devenu gravide en s'élevant au-dessus de la symphyse pubienne entraîne forcément l'autre moitié, celle-ci ne pouvant plus, comme l'utérus didelphe, tomber dans l'excavation pelvienne. Quelquefois la partie gravide présente une consistance de beaucoup plus faible et de plus peut, comme l'a montré Muret (2), acquérir une grande indépendance et ressembler alors à une tumeur kystique dans laquelle on sent superficiellement les parties fœtales : condition favorable pour simuler une grossesse extra-utérine.

Un fait curieux, et qui fut noté dans plusieurs observations, est que parfois la loge fœtale présente des contractions non isochrones avec celles de la cavité vide de l'utérus. Celle-ci change de position d'un jour à l'autre. Elle est tantôt entraînée en haut, tantôt repoussée en bas ou bien déplacée soit en avant soit en arrière du kyste gravidique, qui jouerait en quelque sorte le rôle d'un pivot.

Notons enfin une surprise que peut nous offrir une grossesse dans cet utérus anormal : c'est la disparition pour toujours, et sans douleur, de ces caractères bizarres de la loge gravidique, la grossesse continuant normalement sa marche.

---

(1) Amer. journ. of. obstet. 1884.,

(2) *Anomalies de l'utérus gravide.* Revue de gynéc et de chirurg. abd., 1898, p. 975.

2° *Uterus subseptus ou semibipartitus.* — Dans cette variété l'anomalie se réduit à une cloison qui partage imparfaitement la cavité utérine. En effet, la cloison au lieu d'arriver jusqu'au col ou le dépasser s'arrête à une distance plus ou moins grande de son orifice interne, le cloisonnement n'étant pas achevé.

Le curieux dans ces deux dernières variétés de malformations c'est qu'avec une cloison, l'utérus a une forme plus régulière que dans les deux variétés suivantes, qui cependant occupent un degré supérieur dans l'échelle du développement normal.

3° *Utérus cordiforme, uterus armatus.* — Cette variété se caractérise par son fond élargi qui présente vers son milieu une légère encoche sagittale. A l'intérieur pas de cloison, mais on sent, sur la voûte utérine, un petit éperon marquant sur le fond de l'utérus deux larges dépressions sphériques. D'autres fois, pas de trace d'éperon, mais l'encoche sagittale du fond de l'utérus s'élargit beaucoup, le fond s'étale et sur sa cavité on voit se creuser vers ses angles supérieurs deux dépressions un peu plus profondes que tout à l'heure. C'est l'ébauche grossière de deux cornes. Cette forme a été appelée utérus arqué, *uterus arcuatus*.

Il semblerait que cette dernière variété — avec ses deux formes — qui se rapproche le plus d'un utérus normal doive rarement être l'objet d'une confusion avec une grossesse extra-utérine. Pas du tout. Nous avons vu que l'utérus cloisonné peut isoler sa moitié gravide ; le même phénomène peut avoir lieu avec l'utérus arqué et cordiforme. Si bizarre que la chose nous apparaisse, il arrive cependant qu'une grossesse dans un utérus arqué, et ce qui est encore plus étrange dans un utérus cordiforme, s'isole en forme de kyste fœtal attaché au reste de l'utérus augmenté de volume.

L'indépendance relative du kyste gravidique, le peu d'épais-

seur de ses parois, la netteté avec laquelle on aperçoit les parties fœtales, tout cela à côté de l'utérus bien délimité constitue un ensemble de symptômes qui pourrait nous faire commettre une erreur.

Notons pourtant qu'avec l'âge de la grossesse le kyste fœtal devient plus uni avec l'utérus et l'indépendance s'efface de plus en plus.

Si nous nous demandons quelle peut bien être la cause (1) de cette forme surprenante que peut prendre l'utérus biloculaire et cordiforme, nous croyons la voir dans l'arrêt du développement utérin. En effet, nous verrons plus tard que la partie juxta-médiane de l'utérus cordiforme et biloculaire devait disparaître dans le cours de l'évolution. Or, ne pourrait-on pas admettre que cette partie ayant subsisté, elle présente par son embryologie un point faible qui résiste peu au ramollissement gravidique ? Et s'il en est ainsi, quoi d'étonnant qu'au cours de la grossesse elle forme une espèce de charnière qui permette à la loge gravide de jouir d'une indépendance plus ou moins grande ?

DIAGNOSTIC

Diagnostiquer une grossesse dans un utérus anormal veut dire éviter quelquefois l'erreur de la prendre pour une grossesse extra-utérine.

Voyons donc quels sont les moyens de poser ce diagnostic.

Chaque fois que la question d'une malformation utérine se pose, il faut chercher la forme de l'utérus, l'existence du liga-

---

(1) Dührssen en fait une dilatation sacciforme. (Voir ce chapitre.)

ment vésico-rectal, l'insertion des ligaments ronds, la contractilité utérine et l'aspect du vagin.

Avec un utérus didelphe ou bicorne proprement dit, quand l'utérus vide est tombé dans l'excavation pelvienne, nous trouvons une tumeur allongée, oblique en haut et en dehors, présentant à son côté externe l'insertion de la trompe, tandis que son côté interne n'en présente pas trace.

Dans le cas d'un utérus bicorne proprement dit, la recherche du ligament vésico-rectal peut aussi nous être d'une grande utilité. Nous avons vu que ce ligament descend verticalement de la réunion des cols sur le fond de la vessie ; c'est cette direction et ces points d'insertion de ce ligament qui seraient, d'après Halban, un signe précieux de la malformation qui nous occupe. L'on devra éviter de prendre pour ce ligament le bord interne du grand droit de l'abdomen. Pour éviter cette erreur, il faut faire asseoir la femme : si c'est le ligament vésico-rectal, il disparaîtra alors à la palpation ; si c'est le bord interne du grand droit, il ne peut devenir que plus saillant. Le toucher rectal pourrait peut-être aussi servir pour la recherche de ce ligament.

La forme, la consistance d'un utérus biloculaire ne sont pas faites que pour nous tromper quand le kyste fœtal acquiert l'indépendance dont nous avons parlé. Dans ce cas, il faut se rendre compte de l'insertion du ligament rond. Cette insertion se fait entre le kyste fœtal et l'utérus si celui-ci est biloculaire, tandis qu'elle se fait en dehors du kyste fœtal si c'est une grossesse extra-utérine.

Dans tous ces cas, l'utérus ou la cavité utérine qui contient le produit de la fécondation présentent des contractions intermittentes.

Enfin, il nous reste à parler d'un dernier signe de la malfortion utérine, que nous trouverons dans l'aspect du vagin. Le

vagin cloisonné est presque toujours l'indice d'une malformation utérine (1) ; donc chaque fois que nous constatons cette anomalie vaginale, il faut presque toujours penser à un vice de conformation utérine. Mais le vagin peut aussi ne pas présenter d'anomalie, ou cette anomalie nous échapper soit parce qu'il est atrésié ou fermé en cul-de-sac. Il nous semble que dans ces cas on pourrait conclure à une malformation utérine par l'examen des colonnes du vagin.

Nous savons que le vagin et l'utérus résultent de la fusion des canaux de Müller ; mais ce que nous n'avons pas dit, c'est comment cette soudure se fait. Il paraît, d'après Pick (2), que cette fusion se fait, non seulement par l'adossement de ces canaux et la résorption de la cloison qui les sépare, mais par un avancement réciproque des canaux de Müller l'un contre l'autre jusqu'aux colonnes médianes qui apparaissent sur leurs faces antérieure et postérieure. Il y aurait, en quelque sorte, une absorption de toute une partie de chaque canal.

Les colonnes vaginales et la saillie médiane de l'arbre de vie avec leurs prolongements dans le cavum utérin seraient donc le résultat de la fusion des colonnes des deux tubes de Müller. Les choses, dit Pick, doivent bien se passer ainsi, car :

1° Dans l'utérus didelphe et dans l'utérus bicorne proprement dit, on trouve quatre arbres de vie. Dans l'utérus biloculaire, on trouve, sur chacune de ses faces, la colonne médiane (prolongement de l'axe de l'arbre de vie) ;

2° L'utérus biloculaire est plus large qu'un utérus ordinaire, ce que n'expliquerait pas la simple persistance de la cloison ;

---

(1) Nous ne connaissons comme exception que le cas de Corazza, qu'on cite partout, *Schmid's Jahrb.* vol. CXLVIII, p. 148.

(2) *Loc. cit.*

3° Dans les premiers stades du développement utérin, alors même que la cloison n'existe plus, on trouve, sur les faces antérieure et postérieure de l'utérus, deux colonnes séparées par un espace plus ou moins large, ce qui prouve que les canaux de Müller ne se sont pas encore fusionnés jusqu'à leurs colonnes, l'évolution n'étant pas encore terminée.

En présence de ces données, nous nous demandons si, dans l'examen des colonnes vaginales, continuation de la saillie médiane de l'arbre de vie, on ne pourrait trouver l'indice d'une malformation utérine. Nous voulons dire qu'étant en présence d'une énigme clinique qui pourrait être expliquée par une malformation utérine que nous ne pouvons déceler, il faudrait examiner attentivement le vagin. Il faudrait voir si les colonnes du vagin ne sont pas doubles sur chaque paroi vaginale, ce qui nous prouverait que l'avancement des deux canaux de Müller n'est pas terminé. Il faudrait, en outre, chercher si les deux colonnes ne sont pas hors de la ligne médiane et trop rapprochées de la soi-disant paroi latérale du vagin, celle-ci n'étant qu'une cloison non résorbée encore.

Ce moyen de diagnostic peut, d'autant plus, être employé, que nos recherches semblent nous autoriser à dire que, pendant la grossesse, ces colonnes deviennent plus saillantes. Le spéculum nous sera moins utile ; c'est surtout le toucher qui nous indiquera la position et la non-bifidité des colonnes.

Cette manière de déceler une malformation utérine d'après les colonnes vaginales n'est indiquée nulle part et peut-être pourrait-elle nous rendre service.

OBSERVATIONS

Observation Première

(Chéron. — *L'obstétrique*, vol. II, 1897, p. 133)

Grossesse dans un utérus didelphe prise pour grossesse extra-utérine
Fœtus dans l'utérus droit (1)

Secondipare de 24 ans. La première grossesse s'était terminée par un travail facile, 15 jours avant terme.

Elle est envoyée à la clinique gynécologique en vue d'y subir une laparatomie, le médecin qui assistait cette malade ayant fait le diagnostic de grossesse tubaire avec rupture menaçante.

Examinée, à la clinique on constate un utérus développé comme dans une grossesse de 7 mois 1/2 environ. Le palper fait reconnaître une présentation du sommet qui est engagé dans l'excavation et ne permet de sentir aucune tumeur devant répondre à l'utérus vide.

L'examen des parties génitales externes semble ne présenter rien d'anormal. Par le toucher on arrive sur une tumeur sphérique qui donne la sensation de la tête recouverte de parties molles, ces dernières semblent répondre à la cloison de séparation des deux vagins. Le doigt en pénétrant plus profondément arrive sur un col ouvert, perméable, qui répond à l'orifice externe de l'utérus non gravide. Il semble résulter de cet examen qu'il existe deux vagins : l'un, le droit se terminant en cul-de-sac inférieurement et dans lequel s'engage la tête fœtale ; l'autre, le vagin gauche, représente le vagin perméable, lequel fait suite à l'utérus non gravide qui se trouve légèrement refoulé à gauche et en arrière par l'utérus gravide. Ajoutons que la cloison de séparation des deux vagins se trouve distendue et refoulée par la tête qui s'en trouve comme

(1) Rossa, *Wiener klin. Wochensch.*, 1892, n° 35

coiffée. A ce niveau se trouve une petite ouverture d'un centimètre de diamètre par laquelle le doigt sent l'amnios fortement tendu. Cette ouverture paraît être de date ancienne et c'est probablement par elle que devait se faire l'écoulement des règles de l'utérus droit. C'est à cette disposition qu'il faut vraisemblablement attribuer l'absence d'hématométrie ou d'hématocolpos.

Sous l'influence des contractions utérines la cloison de séparation des deux vagins cède et se déchire. La tête arrive à la vulve, le dégagement s'opère en produisant une déchirure périnéale. Après avoir attendu longtemps, la placenta ne se détachant pas, on est obligé de recourir à la délivrance artificielle. Pour cela, la main est obligée de passer de la vulve dans le vagin à travers la fente de la cloison.

Le décollement du placenta se fait sans difficulté. En explorant le vagin gauche, on arrive dans la profondeur sur le col de l'utérus gauche qui présente une dilatation de 2 centimètres.

Le toucher combiné au palper permet de constater l'augmentation de volume de cet utérus et, en outre, l'indépendance absolue de l'utérus droit et de l'utérus gauche. Il s'agit donc encore d'un utérus didelphe.

Observation II

(*In* thèse de Delpiano, p. 50)

Utérus bicorne proprement dit avec fœtus dans la corne gauche prise pour grossesse extra-utérine (Laparatomie) (1).

Guidé par les commémoratifs et les données recueillies à l'examen local, l'auteur diagnostique une grossesse extra-utérine chez une femme de 20 ans.

Au cours de l'opération (laparatomie), on constate, à côté de l'utérus gravide gauche, l'existence d'un second utérus de forme et de grandeur normale, muni d'une trompe et d'un ovaire droit. Ces

---

(1) Salmon, *Revue russe Medjejna*, n° 5.

deux utérus se réunissaient au-dessous de l'orifice interne. Au bout de sept jours après l'opération, la malade mourut à la suite d'une péritonite septique.

L'autopsie démontra l'existence des deux utérus s'ouvrant dans un vagin commun ; leurs axes se croisaient presque à angle droit ; chaque utérus possédait son col et ses orifices ; les deux orifices externes étaient séparés par un espace de 8 millimètres l'un de l'autre. Au pourtour de chacun des orifices, on distinguait nettement les lèvres, surtout celle du côté droit. Comme cause principale de l'erreur de diagnostic, l'auteur signale l'effacement du col de l'utérus gravide et l'occlusion de son orifice externe.

On constata dans ce cas l'absence complète du rein gauche ainsi que de la capsule surrénale correspondante.

Observation III

(Paterson, *Annales de gynécologie*, 1885, vol. II, p. 153).

Utérus bicorne proprement dit, avec fœtus dans la corne droite, prise pour une grossesse extra-utérine.

Il entre le 3 mai 1885, à « Western infirmery », de Glasgow, une femme, qui y est envoyée avec le diagnostic de grossesse extra-utérine. C'est une personne de haute taille, très développée, vigoureuse. Elle paraît agitée et en proie à des phénomènes fébriles. Elle est, d'après l'époque présumée des dernières règles et de la perception des mouvements du fœtus, parvenue au septième mois de sa grossesse. Jusqu'au samedi 28 avril, rien de spécial à noter. Ce jour-là, elle est prise, dans la nuit, de douleurs qui siègent surtout dans la fosse iliaque droite, mais avec irradiations dans le dos. Elles augmentent de violence jusqu'au lundi dans la nuit, auquel moment, dit la malade, un médecin introduit la main dans la matrice et « retire tout, excepté l'enfant ». Il s'écoule, au même instant, une certaine quantité d'eau et de sang. Depuis, plus de mictions par la voie ordinaire.

Examen actuel. — Les mamelles contiennent du colostrum. Le ventre a un volume qui correspond à une grossesse arrivée au sep-

tième ou au huitième mois. Les battements fœtaux sont perçus au niveau de l'ombilic. Pendant l'examen vaginal, il se dégage une forte odeur urineuse et il sort par la vulve un liquide complexe de pus, de sang et probablement d'urine. Le doigt, introduit dans le vagin, arrive sur une large pente de substance située dans la paroi postérieure de la vessie, puis il s'engage dans une fente qui est prise pour l'orifice externe du col et s'enfonce ainsi jusqu'en arrière du rectum. *Pas de membranes, pas d'enfant.* Etonné, le docteur Paterson prie un de ses collègues, M. Reid, d'examiner sa cliente. Celui-ci l'examine avec soin et il trouve bientôt *un orifice cervical, des membranes intactes et la tête fœtale.*

Utérus, vagin et parties molles sont parfaitement lavés.

Les accidents fébriles persistent. Le lundi 12 mars, la femme entre en travail et est très rapidement délivrée d'un enfant mâle qui ne vit que dix-huit heures.

Le 30 mars, on constate l'existence d'un large abcès qui remplit la fosse iliaque et fuse au-delà. On l'enlève ; néanmoins les accidents s'aggravent et la femme meurt le 1er mai.

Autopsie. — L'abcès avait son point de départ au niveau de la fente vaginale ; de là il s'étendait jusqu'au diaphragme, dont les éléments constitutifs étaient infiltrés et amincis par le pus. Il y avait aussi du pus dans la plèvre gauche. Le rein gauche manquait complètement et le droit était très volumineux. Dans le bassin, il y avait *deux utérus distincts,* le droit mesurant de l'orifice au fond 117 m/m. sur une longueur totale de 65 m/m. Une trompe de Falloppe, un ligament large et un ovaire étaient annexés au bord droit de l'utérus droit, tandis que le bord gauche était arrondi et uni. C'est vraisemblablement cet utérus qui contenait l'enfant. Le grand épiploon était adhérent à l'utérus gauche qui présentait, lui, des connexions avec les tissus pelviens de la région correspondante. Les deux utérus étaient parfaitement distincts et unis seulement sur une très courte portion du col.

Dans ce groupe entre aussi le cas cité par Picot (1).

---

(1) Th. de Paris, 1891, p. 41.

Observation IV

(Munde (1). — *In* thèse de Bourrus, p. 78)

Utérus biloculaire avec fœtus dans la cavité droite prise pour une grossesse extra-utérine. — Laparatomie.

Au mois de mai 1889, je reçus une femme dans mon service de l'hôpital Sinaï avec le diagnostic de grossesse tubaire. Je ne m'en rapportai pas tout d'abord à ce diagnostic ; mais, après avoir examiné la malade, je fus du même avis. Elle avait déjà eu un enfant quelques années auparavant. Ses règles avaient disparu depuis 4 mois.

Une tumeur grosse comme les deux poings s'étendait en haut sur le côté droit. On la limitait aisément par le palper bimanuel, car les parois abdominales étaient très minces ; sur le côté gauche de la tumeur se projetait une petite masse que l'on pouvait prendre pour le fond de l'utérus. J'étais si sûr de mon fait que j'introduisis une sonde dans l'utérus et elle pénétra environ sur une longueur de trois pouces à gauche.

La tumeur du côté droit était élastique, mais n'offrait pas la sensation d'un utérus gravide et ne se contractait pas sous la main.

La femme avait déjà eu, à quelques intervalles, des pertes de sang ; elle avait même expulsé quelques débris de membranes. Cela lui avait causé de vives douleurs au côté droit, siège de la tumeur, et elle avait été obligée de consulter un médecin.

Je fis sans hésitation un diagnostic de grossesse tubaire, quoique, je dois l'avouer, la partie qui existait entre ce que je croyais être la trompe dilatée et l'utérus me semblât plus volumineuse qu'elle n'aurait dû l'être.

Craignant que la tumeur ne se rompît, j'obtins de la malade et de

---

(1) Pregnancy in the rudimentary horn of a bicornate uterus mistaken for tubal gestation ; laparotomy. *Americ.* (*Journ. of Obstetric.*, 1890, p. 23)

ses amis l'autorisation de faire une opération le plus tôt possible. Je fis la laparatomie un dimanche soir, deux jours après son entrée.

Je fus surpris, en passant ma main dans la cavité abdominale : car l'irrégularité de la tumeur avait disparu et on ne pouvait toucher qu'un utérus ayant tout à fait la forme normale de l'utérus gravide.

Je ne savais que dire. Mon aide passa de nouveau une sonde et elle s'enfonça du côté gauche, de la même longueur que précédemment. Je me demandais moi-même ce que cela pouvait être ? Une grossesse interstitielle ? C'était la seule hypothèse possible. Mais le pronostic était aussi sérieux que pour une grossesse tubaire. Je me décidai à évacuer le liquide amniotique par une ponction aspiratrice, à sortir l'utérus hors de la cavité abdominale, à l'ouvrir, à enlever l'œuf et à coudre la corne de l'utérus à la plaie abdominale.

Au premier essai de ponction, je perçais le placenta (comme la pièce le prouva plus tard). Deux autres ponctions furent faites, et l'on put ainsi évacuer la moitié environ du liquide amniotique.

Pour ne pas prolonger l'opération, je soulevai l'utérus hors de la cavité abdominale et je m'assurai que sa forme extérieure était bien normale. J'introduisis de nouveau une sonde et je vins alors aboutir à droite à l'endroit où j'avais fait la ponction. Alors mon aide passa de nouveau la sonde et sentit la cloison d'un utérus bicorne. Le mystère était dévoilé.

En tirant sur l'utérus avec un « vulsellum », j'avais déchiré le péritoine ; je fis une suture au catgut Les piqûres faites par l'aiguille aspiratrice n'avaient pas donné de sang et on ne les voyait pas. Je remis l'utérus en place, je refermai la cavité abdominale et, comme nous l'avons prévu, la femme avorta pendant la nuit d'un fœtus de quatre mois. L'examen du placenta décela un gros caillot sanguin au point où la première ponction fut faite. La température ne s'éleva pas au-dessus de la normale et la malade guérit rapidement. L'examen fait avec deux sondes confirma le diagnostic d'utérus bicornu double, les deux lobes étant séparés par une cloison.

Le col était déchiré du côté gauche, ce qui montre que l'accouchement précédent avait eu lieu de ce côté. Ce fait, conjointement avec le plus ou moins de douleur constante éprouvée par la malade

dans la corne droite qui contenait l'œuf fécondé, me permet de croire que cette corne était à l'état rudimentaire et aurait pu éclater avant longtemps. Plusieurs cas en ont été rapportés.

Observation V

Professeur Tédenat, *Montpellier Médical,* 1893, p. 321

Grossesse dans la cavité droite d'un utérus biloculaire, prise pour une grossesse extra-utérine (1)

Appelé à examiner une femme qui depuis trois à quatre mois n'avait plus ses règles, je constate par la palpation une tumeur siégeant dans le côté droit de l'abdomen et paraissant indépendante de l'utérus. En raison de ces signes, je diagnostique une grossesse extra-utérine. Quelques mois après, je vois cette même malade, et, dans le côté droit encore, je trouve une tumeur allongée qui me paraît contenir un fœtus; pour mieux préciser son siège, j'introduis une sonde dans l'utérus ; les manœuvres auxquelles je me livre alors semblent m'indiquer que j'atteins le fond de l'organe avec cet instrument.

Ces constatations faites, il n'est plus douteux pour moi qu'il s'agit d'une grossesse extra-utérine et une opération s'impose. Elle est, en effet, décidée pour une date assez rapprochée.

Mais, deux ou trois jours après, je remarque que la tumeur tend à se confondre de plus en plus avec l'utérus ; je patiente un peu et un matin je découvre un utérus gravide tout à fait normal, où le fœtus a pris une bonne position. J'ai appris, dernièrement, que l'accouchement a eu lieu à terme et dans de bonnes conditions.

J'ai cherché l'explication de ce fait ; mais les hypothèses qui se sont présentées à mon esprit ne m'ont pas satisfait. Je me suis sur-

(1) Commun. Soc. de Méd. et de Chir. Montpellier, 8 mars 1893.

tout demandé si cette grossesse ne s'était pas développée dans la corne droite, tandis que la corne gauche s'hypertrophiait.

Cette supposition est peut-être vraie, mais je ne l'affirme pas.

Toutefois, l'hypothèse d'une grossesse tubo-interstitielle me paraît inadmissible, étant donné que cette dernière, comme la grossesse tubaire, se rompt presque constamment.

Observation VI

Muret. — *Revue de Gynécologie et Chirurgie abdominale,* 1898, p. 976.

Utérus arqué avec fœtus dans la cavité gauche prise pour une grossesse extra-utérine

Mme S... a eu six enfants et plusieurs fausses couches ; la dernière grossesse s'est terminée en novembre 1893 par un curettage de l'utérus. Dès lors, règles régulières jusqu'au commencement de mars 1894, où elles ont lieu pour la dernière fois ; fin d'avril, perte de sang très légère, accompagnée de l'expulsion d'une sorte de membrane. Elle se présente à ma consultation le 29 juin 1894. C'est une femme robuste et bien portante. Les seins sont gros, mais on ne peut en faire sortir du colostrum. Le ventre est gros et flasque ; dans la fosse iliaque gauche je constate une tumeur sphérique grosse comme le poing, qui change de consistance sous la main exploratrice. Par le vagin, la portion vaginale est très ramollie et assez volumineuse, l'orifice externe est ouvert. Le col se dirige un peu à droite, et l'on peut palper, au-dessus de lui, un utérus augmenté de volume, allongé, antéfléchi et situé nettement du côté droit. Le long de son bord latéral gauche se trouve comme accollée à lui la tumeur que l'on sent depuis l'extérieur et qui présente maintenant une consistance tout-à-fait molle et se dirige un peu en avant, de façon à recouvrir un peu la face antérieure gauche de l'utérus. Pas de bruits fœtaux à l'auscultation. A droite de l'utérus on peut palper l'ovaire droit, à gauche il y a comme un ligament qui paraît se diriger de la partie supérieure de l'utérus vers la

tumeur. On sent si nettement l'utérus comme un organe complet que je songe immédiatement à la possibilité d'une grossesse extra-utérine ; cependant comme les rapports entre l'utérus et la tumeur me paraissent très intimes, je songe également à la possibilité d'un utérus double avec grossesse dans l'une de ses cavités et je me mets en mesure d'observer pendant quelque temps la malade afin d'établir un diagnostic précis.

Je revois la malade le 6 juillet 1894, au milieu de la nuit. Mme S... a fait la veille un assez long voyage pour aller consulter un professeur célèbre. Celui-ci, après avoir fait le diagnostic de grossesse extra-utérine et proposé à la malade de l'opérer demain, introduisit l'hystéromètre dans l'utérus ; quelques heures plus tard, elle perdit beaucoup d'eau et partit chez elle ; là elle perdit un peu de sang et commença à avoir d'assez vives douleurs. Lorsque je la vis, je constatai que la tumeur et l'utérus avaient augmenté de volume et étaient nettement palpables depuis l'extérieur. La malade avait très bonne mine et ne présentait aucun signe d'anémie. Au niveau de la tumeur on perçoit des alternatives de contraction et de relâchement. Le toucher vaginal montre le col ouvert jusqu'au niveau de l'orifice interne, l'utérus est toujours nettement palpable en antédextroflexion ; il se détache très nettement de la tumeur qui occupe toujours, comme auparavant, son bord gauche. Les mouvements imprimés à la portion vaginale se transmettent seulement à droite, à l'utérus, tandis que la tumeur n'y participe pas. Cette indépendance de l'utérus et de la tumeur et l'indépendance également des contractions de ces deux corps me font admettre, en tenant compte de l'écoulement des eaux, la possibilité d'une grossesse extra-utérine à côté d'une grossesse intra-utérine et je prescris de la glace et de l'opium.

Quelques heures plus tard, la malade expulsait un fœtus d'environ quatre mois et demi ; le placenta est expulsé par la manœuvre de Crédé. L'orifice externe ne permet que l'introduction d'un seul doigt, le col est bien dilaté, simple, la cavité utérine est vaste, spacieuse et très large. A droite, le doigt pénètre dans une corne utérine très allongée ; à gauche, la cavité est grande et arrondie. Il n'existe pas de septum, mais bien une proéminence médiane au

niveau du fond de l'organe, qui est ainsi divisée en deux cavités. Le palper abdominal permet d'ailleurs de reconnaître nettement que l'utérus est très large et que le fond présente un enfoncement médian qui lui donne l'aspect typique de l'utérus cordiforme ou arqué. J'enlève quelques débris placentaires. Suite de couches parfaitement normales.

CONCLUSIONS

I. — L'utérus gravide peut simuler une grossesse extra-utérine par la flaccidité exagérée de ses parois et l'hypertrophie du col, par les flexions qu'il présente, par les déformations sacciformes qu'il subit et enfin par un arrêt dans son développement.

II. — *a*) La flaccidité exagérée de l'utérus gravide s'accompagne presque toujours de l'hypertrophie sus-vaginale du col.

b) Ces deux processus anatomiques semblent être dus à la même cause et forment un ensemble des mieux disposés pour faire croire à une grossesse extra-utérine.

c) Dans les erreurs commises, on prend le col pour un petit utérus et le corps de l'utérus vrai pour un kyste fœtal.

d) La flaccidité exagérée n'entrave pas la contractilité de l'utérus gravide, mais elle fait paraître les parties fœtales plus superficielles.

e) Pour le diagnostic le cathétérisme utérin est à rejeter.

III. — *a*) Les flexions de l'utérus gravide peuvent être divisées en deux groupes : les unes dont la cause unique est la grossesse et les autres préparées par des causes prégravidiques.

b) Dans ces dernières il semble exister toujours un peu d'hypertrophie de la portion sus-vaginale du col, ce qui augmente la difficulté du diagnostic.

c) L'erreur est causée par l'utérus fléchi qui paraît indépendant du col.

d) Si par les explorations ordinaires on n'arrive pas à un diagnostic ferme, il vaudrait peut-être mieux recourir à la laparatomie qu'au cathétérisme.

IV. — *a)* Les dilatations sacciformes peuvent apparaître dès le début ou vers la fin de la grossesse, mais elles disparaissent toujours avec celle-ci.

b) Elles peuvent siéger sur tous les points des parois utérines.

c) C'est surtout avec la dilatation de la paroi postérieure qu'on risque de se tromper.

d) Pour poser le diagnostic il faut chercher à l'aide de la palpation et du toucher les relations réelles qui existent entre la poche et le reste de l'utérus.

V. — *a)* Toutes les malformations utérines compatibles avec la fécondation peuvent simuler une grossesse extra-utérine.

b) L'erreur de diagnostic est facilement évitée quand ces malformations indiquent leur présence par un vagin cloisonné ou un double orifice externe du col.

c) Quand la malformation est dépourvue de tout indice vagino-cervical nous trouverons à côté du palper et du toucher peut-être un bon moyen de diagnostic dans l'examen des colonnes vaginales.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

R. Abrahams. — Appendiciti complicating pregnancy *Americ. Journ. of Obstetric*, 1897.

Ackeren v. Fr. — Beitrag z. Entwicklungsgesch. d. weibl. Sexualorg. d. Menschen, Zeischr. f., wissentschaftl, *Zoologie*, 1889, p. 23.

Amssis. — Utérus didelphe et vagin double, *Americ Journ. of Obstetric*, 1896, mai.

Amussat. — Rétroversion de l'utérus gravide, *Journ. de chir.*, Paris, 1843.

Anderiodas. — Grossesse dans un utérus double, *Revue mens. de Gynéc. Obstétr. et Péd.*, Bordeaux, 1900, septembre.

Baldy. — The diagnosis of early ectopic gestation, *Medic. News*. Philadelphia, 1891.

P. Bar. — Sur une forme irrégulière de l'utérus pouvant devenir une cause d'erreur dans le diagnostic de la grossesse intra-utérine à son début. *L'Obstetric*, 1901, p. 54.

Barbour. — On extra-utérine gestation simulating retroversion, of the gravid uterus. Edinb. *Med. Journ.*, 1894.

Balloch. — Precision in the diagnosis, of intra-abdominal diseas, *Medic. News*. Philadelphia, 1893.

Bartin Cooke. — A coincident intra-utérine and extra-utérine pregnancy, *Medic. News.*, Philadelphia, 1899.

W. Beckmann. — Beitrag z. Graviditas interstialis, Zeilschr., f. Geburts. w. Gynäk, 1898, vol., 38.

— Beitrag z. Graviditat im rudimentären Uterushorn Zeitschr. f. Geburts, u Gynäk, 1895, vol. 35.

Behm. — Grossesse extra-ed intra-utérine. Arch. f. Gynäk, t. VII, p. 314.

Bernhard. — Uterus duplex separatus mit vagina duplex Centr., Gynäk, 1897, p. 1464.

Blondel. — Uterus bipartitus unicollis et vagin double. *La Gynécologie*, 1899.
— Uterus bipartitus ayant donné l'illusion d'une perforation au cours d'un curettage. *Ann. de Gynéc.*, 1898, vol. II, p. 157.
Bonneau et Audebert. — Appendicite et grossesse, *Gaz. hebdom. de méd. et chirurg.*, 1900, septembre.
Bouilly. — Torsion des kystes para-ovariens. *La Gynéc.*, 1898, p. 481.
G. Boullier. — Appendicite pendant la grossesse. Th. de Lyon, 1897-98.
Bourrus. — Etude sur les formes anormales de l'utérus gravide. Th. de Bordeaux, 1891.
Boute. — Kyste de l'ovaire et grossesse. *Journ des Scienc. méd.*, Lille, 1899, décembre.
Braun-Fernwald — Schwangerschaft u. Ovarialtumor Centralb. f. Gynäk, 1900, n° 20.
Budin. — Obstétrique et Gynécologie.
E. Cailletet. — Rétroversion de l'utérus pendant la grossesse. Th. de Paris, 1868.
Caporali V. — Caso di vagina doppia con uterus septus. *Ann. univ. di med. e chir.*, Milano, 1880, p. 338.
Carbo. — Retrodeviaciones del utero en estado de gestacion. Ann. de la clin. privata del docteur Fargas, Barcelon, 1898
Cassan. — Recherches sur l'utérus double. Thèse de Paris, 1826.
Chaput. — Diagnostic et traitement de la grossesse extra-utérine. *Soc. de chir.*, janvier 1896 et *Sem. méd.*, février 1896.
Chavannar. — Difficulté de diagnostic dans certains cas de grossesse. *Gaz. hebd. de méd. et de chir.*, 1901, p. 681.
F. Chayé. — Grossesse extra-utérine. Th. de Paris, 1882.
Chéron. — Utérus didelphe. *L'Obstétrique*, 1897, vol. 2, p. 116.
Th. Coupu. — Uterus globularis bipartitus. Th. de Paris, 1898.
H. Croom. — The diagnosis of early extra-utérine gestation, *Edinb. Med.*, 1891.
Cullen and Wilkins. — Pregnancy in rudimentary cornu. *The Brit. Med. Journ.*, 1897.
Cruveilhier. — Anatom. patholog.
L. Dafix. — Contribution à l'histoire clinique de l'utérus didelphe. Th. de Toulouse, 1898.
Damas et Armand. — Grossesse à diagnostic difficile. *L'Obstét.*, 1899, p. 312.
E. Delpiano. — Malformation utérine. Th de Paris, 1899.

DEMELIN. — Accumulation fécale dans l'S iliaque simulant une grossesse extra-utérine. *L'Obstétrique,* 1877, p. 432.

DEPAUL. — Etude sur une forme insolite de l'utérus gravide. Bull. de l'Acad., 1865, septembre. Ann. de tocologie, 1876.

DESCARGUES. — Grossesse extra et intra-utérine. Th. de Paris, 1873.

DESGUIN. — Deux observations de grossesse extra-utérine coïncidant avec une grossesse normale. Soc. med. chirurg. d'Anvers, septembre 1898.

DIEULAFOY. — Appendicite et grossesse. Clin. méd, de l'Hôtel-Dieu, XVI[e] leçon, p. 315.

DITTEL. — Segment inférieur de l'utérus. *Centr. f. Gynäk,* 1898, p. 421.

DUCOR. — Retroversion utérine pendant la gross. Th. de Paris, 1879.

DÜHRSSEN. — Retroversio ed retroflexio uteri gravidi partialis. *Centr. f. Gynäk,* 1898, p. 859.

EISENMANN. — Fabulæ anatomicæ quatuor uteri duplicis observationem rariorem sistentes *in* lucem editœ, Strassbourg, 1752.

E. EUSTACHE. — De l'utérus double en obstétrique. Arch. de tocol. 1896, p. 230.

FRAENKEL. — Ueber die Diagnose u. Behandlung der extra-utérine Schwangerschaft in den ersten Monaten Jahresb. d. slesich. *Gesellschaft f. Valert. Rult.*, Breslau, 1890.

DE FRANCE. — Rétroversion utérine pendant la grossesse. Thèse de Paris, 1874.

FERENTI. — Utérus didelphe et grossesse. *Ungar. med. Presse,* 1899.

L. FILIATRE. — Appendicite et grossesse. Bull. de la Soc. anat., 1898, décembre.

E. FORFER. — Etude sur les déviations utérines. Th. de Paris, 1882.

GALABIN. — Foetation in a rudimentary horn of utérus *Obst.* Transact., vol. 37.

GALLE. — Grossesse dans la corne gauche d'un utérus bicornis. *Centr. f. Gynäk,* 1885, p. 598.

GAUTRELET. — Malformation de l'utérus. Th. de Paris, 1896.

GEHRUNG. — Cases simulating ectopic pregnancy. Ann. Gynec., Toledo, 1892.

GEOFFROY ST-HILAIRE. — Histoire générale et partic. des anomalies de l'organisation chez l'homme et les animaux, Paris, 1832.

GOTTSCHALK. — Zur Lehre von der Retroversio uteri gravidi. Arch., f. Ginäk, vol. 26, p. 358.

Granval. — Des antéversions et latéroversions utérines envisagées au point de vue obstétric. Th. de Paris, 1897.
Gutzwiller. — Ein falle v. gleichzeitiger extra-und intra-uterin gravidität. Arch. f. Gynäk, vol. 23, p. 223.
Guyon. — Etude sur les cavités de l'utérus à l'état de vacuité. Th. de Paris, 1858 et *Journ. de physiolog.*, Paris, 1858, vol 2.
Halban. — Beitrag. z. Kenntniss der Geburten bei utérus bicornis bicollis. Arch. f. Gynäk, 1899.
M. Hardouin. — De la rétroversion de l'utérus gravide. Th. de Paris, 1896.
A. Harlay. — Rétrodéviation de l'utérus gravide. Th. de Paris, 1898.
Hippolyte Herbet. — Rétroversion de l'utérus gravide. Th. de Paris, 1872.
Hergott. — Essai sur les différentes variétés de formes de la matrice pendant la gestation et l'accouchement. Th. de Strasbourg, 1839.
Hermes. — Grossesse intra et extra-utérine. *Presse méd.*, 1900, p. 36.
Huguier. — Grossesse supposée extra-utérine. *Union méd.*, 1852.
G.-N. Iarca. — Appendicite pendant la grossesse et ses suites de couches. Th. de Paris, 1898.
Jonhston. — Discussion of the diagnosis, pathology and treatement of èxtra-utérine pregnancy. Tr. Ann. Gynec. Philadelphia, 1890
Keiller. — Beitrag z. Retroflexio u. Retroversion des schwangeren Gebärmutter Monatsch f. Geburts u. Gynäk, 1901, p. 285.
Koeberlé. — Grossesse dans un utérus bicorne, *Gaz. hebd.*, Paris, 1866.
Kretz. — Utérus double. Th. de Paris, 1846.
A. Kussmaul. — Von dem Mangel der Verkümmerung u. Verdoppelung der Gebämutter Würzburg 1859.
Las Cassas dos Santos. — Missbildungen des uterus. Zeitschr. f. Geburts u. Gynäk, 1888, vol. 19, p. 140.
Lacroix. — Antéversion et rétroversion de l'utérus. Th. d'agrég. Paris, 1844.
Lefort. — Vices de conformation de l'utérus et du vagin. Th. d'agrég., Paris, 1863.
Legendre. — Appendicite et grossesse. *Presse méd.*, 1897, n° 27.
Lepage. — Diagnostic de la grossesse extra-utérine. *Tablette méd.*, 1899, n° 22.

Lovenz. — Schwaugerschaft bei uterus didelphis u. Vagina duplex *Centr. f. Gynäk,* 1899, p. 1076.

Maiss. — Retroflexio uteri gravidi partialis. Arch. f. Gynäk, 1899. vol. 58, p. 125.

Martin. — Rétrodéviations utérines et grossesse. *Deutsch. med. Wochsch.,* 1889, p. 797.

Martin et Brie. — Rétroflexion de l'utérus gravide. *Sem. Gynéc.,* 1896. p. 213.

Marx. — Appendicite et grossesse. *Americ. Journ. of. Obstet.,* 1898.

Masseu. — Grossesse gémellaire dans un uterus bicorne. *L'Obstétrique*, 1897, p. 350.

Meunier-Luéaux. — Anomalie rare dans la conformation de la matrice. Paris, 1879.

R. Meyer. — Zur Enstehung des doppelten uterus. *Zeitsch. f. Geburts u. Gynäk;* 1898, vol. 38, p. 16.

Mitchell. — A case of simultaneous uterine and extra-uterine gestation, *Brit. Med. Journ.*, 1896.

Mond. — Grossesse extra et intra-utérine. Munch med. Wochench, 1899.

Muret. — Diagnostic différentiel de la grossesse utérine. *Rev. de Gynéc. et Chir. abdom.*, 1898, p. 947.

Ch. Noble. — Diagnostic de la grossesse pendant les trois premiers mois. Arch. de Tocolog. et de Gynéc., 1895.

Oker-Blom. — Uterus duplex separatus. *Centr. f. Gynäk.*, 1897, p. 1075.

Olaf (Sigismond).— De la grossesse dans l'utérus septus. *Monatschr. f. Geburts. u. Gynäk.*, vol. 6, p. 262.

Olivier. — Hémorragie par décollement prématuré des membranes. *L'Obstétrique,* 1900, p. 442.

Otie. — Extra-uterine pregnancy in a double uterus. Antlanta M. and S. I., 1891.

Ouvrier. — Sur une forme particulière de l'utérus pendant les premiers mois de la grossesse. Th. de Paris. 1900.

Ouzounova. — Latéroflexion de l'utérus gravide. Th. de Lyon, 1898.

Penrose. — Two cases of appendicitis and pregnancy. *Americ. Journ. of Obstetric,* 1896.

Picot. — Malformations de l'utérus et vagin. Th. de Paris, 1890-91.

Pinard. — Torsion d'un pédicule de kyste de l'ovaire prise pour grossesse extra-utérine. *Presse Méd.*, 1900, p. 124.

PINARD. — Signes, diagnostic et traitement de la grossesse ectopique après le sixième mois. *Sem. méd.*, 1894.
— Grossesse et appendicite. Ann. de Gynéc. et d'Obstét., mars 1895, p. 177, et Bullet. Acad. Méd. 1899, p. 221.
PINARD et VARNIER. — Rétroversion de l'utérus gravide. Ann. de Gynéc., novembre 1887, p. 85.
PLATON. — Utérus double et grossesse. Communic. au Congrès de Marseille, 1898.
POZZI. — Traité de Gynécologie.
ROSENSTEIN. — Zur differentiellen Diagnose der Ruptur der Ovariencysten bei bestehender Gravidität u. von extra-uterin. *Frucktsäcken Centralb. f. Gynäk.*, 1892, p. 801.
SALMON. — Rétroversion de l'utérus pendant la grossesse. Thèse d'agrég. Paris, 1863.
SCHLUTIUS. — Uterus semibipartitus cum vagina duplice. *Centralb. f. Gynäk.*, 1898, p. 436.
SCHWARTZ. — Deux observations de rétroflexion utérine. Ann. de Gynécol., 1894, vol. 2, p. 241.
SCHWYZER. — Zur Anatomie der Lageveränderungen des uterus. Arch. f. Gynäk., 1891, vol. 21, p. 209.
SEGOND. — Grossesse utérine prise pour extra-utérine grâce à la fixation de l'utérus en latéro-version gauche. *Sem. Gynéc.*, 1901, mai.
SMOLSKY. — Diagnostic et traitement de la grossesse extra-utérine dans la première moitié de son évolution. St-Pétersbourg, 1890.
SONNTAG. — Consistance et élasticité de l'utérus gravide. *Centralb. f. Gynäk.*, 1897, p. 1165.
SPITZER. — Utérus didelphe et grossesse. *Wien. Klin. Woch.*, 1897, nº 14.
STRAUS W. — Grossesse tubaire se développant en même temps qu'une grossesse utérine. *Zeitsch. f. Geburts. u. Gynäk.*, vol. 64, p. 26.
TARNIER et BUDIN. — Traité de l'art des accouchements, Paris, 1886.
TOURNEUX et LEGAY. — Développement de l'utérus et du vagin. *Journ. de l'anat. et de physiolog.*, 1884, p. 377.
VARNIER. — Utérus gravide en latéro-flexion. Ann. de Gynécol. et d'Obstétr., 1901, p. 119.
VARNIER et DELBET. — Rétroflexion de l'utérus gravide. Ann. de Gynécol., 1897, p. 102.

Vilier-Herlinson. — Rétroversion de l'utérus gravide. Thèse de Paris, 1867.

Vinay. — Appendicite et grossesse. Soc. des sciences méd. Lyon, 1897, décembre.

Walker-Franke. — Dilatation sacciforme de l'utérus. *Union med.*, 1864, p. 492.

Walther (H). — Ein fall v. gleichreitiger extra und intra-utérin gravidität bei uterus biseptus. *Zeitsch. f. Geburtsh. u. Gynäk*, vol. 33, p. 389.

Warin. — De la grossesse développée dans une corne utérine rudimentaire et tubo-utérine. Th. de Paris, 1895.

Wels. — Utérus double et gestation. *Americ. Journ. of Obst.*, 1900, mai.

Winn. — Utérus bicorne et grossesse. *Boston medic. Journ.*, 1900.

Wurtz. — Des rapports de certaines malformations utérines avec la grossesse et l'accouchement. Th. de Paris, 1878.

Yavitzky. — Absence complète de l'utérus et de ses annexes. Egenedelnik, 1899, n° 19.

Vu et approuvé :

Montpellier, le 20 Juillet 1901.

Le Doyen,

MAIRET.

Vu et permis d'imprimer :

Montpellier, le 22 Juillet 1901.

Le Recteur,

BENOIST.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !